

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 103

TRAVAIL DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE LYON

Etude clinique et thérapeutique
des
tumeurs malignes de la glande parotide

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jeanne FUMEY

Ancienne Externe des Hôpitaux

Née le 27 Novembre 1899 à BRUYÈRES (Vosges)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES
TUMEURS MALIGNES DE LA GLANDE PAROTIDE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 103

TRAVAIL DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE LYON

Etude clinique et thérapeutique
des
tumeurs malignes de la glande parotide

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jeanne FUMEY

Ancienne Externe des Hôpitaux

Née le 27 Novembre 1899 à BRUYÈRES (Vosges)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTÉ



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RIENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATE
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, président; BONNET, assesseur;
ROUBIER et WERTHEIMER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE LE DOCTEUR PAUL FUMEY

Chirurgien de l'Hôpital de Tanger

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERARD

Professeur de clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'honneur

Il nous a accueillie dans son service avec une bienveillance qui nous a vivement touchée. Nous lui devons trop pour qu'il nous soit possible de lui dire ici toute notre reconnaissance. Nous ne pouvons que lui exprimer notre fierté et notre joie d'avoir été admise au nombre de ses élèves, le remercier de la confiance dont il veut bien nous honorer, et l'assurer de notre respectueux et profond attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER
Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu l'honneur d'être son externe et de suivre son enseignement. Nous lui garderons toujours une vive reconnaissance de ses soins et de la bonté qu'il nous a maintes fois témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous n'oublierons jamais le temps, trop court, où nous avons travaillé sous sa direction. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre juge.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WERTHEIMER
Chirurgien des Hôpitaux

Il a consenti à faire partie de notre jury. Nous le remercions de cet honneur et tenons à lui témoigner notre respectueuse sympathie.

A MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT XAVIER CAZALAS

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous n'oublierons jamais avec quelle patience il nous a guidée au début de notre vie médicale. Les deux étés que nous avons passés, à son côté, dans son service de l'Hôpital de Blida, ont eu sur nous une influence définitive. Qu'il trouve ici un témoignage de la reconnaissance que nous devons au Maître et du souvenir que nous gardons à l'Ami.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Hôpital d'Alger

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBRY

Hôpitaux de Lyon (Externat)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS,
MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES
MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Centre Anti-Cancéreux

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ D'ALGER (1923-1924)
ET DE LA FACULTÉ DE LYON (1924-1930)

ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES
TUMEURS MALIGNES DE LA GLANDE PAROTIDE

Introduction

L'étude des tumeurs malignes de la parotide a donné lieu déjà à des travaux fort intéressants formant la base solide sur laquelle doivent forcément s'appuyer toutes les publications ultérieures. Depuis longtemps les auteurs ont décrit avec précision les formes cliniques de ces tumeurs et cherché une thérapeutique qui puisse leur être efficacement appliquée.

Le seul mérite de notre travail sera donc de faire une synthèse de tous les documents épars dans la littérature médicale où leur rareté relative les laissait noyés. D'autre part, les observations du Centre Anticancéreux nous permettent de rapporter ici 29 cas de tumeurs malignes de la parotide traitées au Centre et régulièrement suivis depuis.

Nous regrettons seulement de nous être borné à une étude purement clinique et d'avoir abandonné tout le côté anatomo-histologique de la question. Mais l'histologie et l'histogénèse des tumeurs parotidiennes sont des points très délicats, encore très imprécis,

qui demandent une formation spéciale et sont au-dessus de notre compétence. Force nous a donc été de nous limiter à l'étude clinique et thérapeutique de ces tumeurs.

Avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier ici M. le Professeur BÉRARD qui, en nous admettant au Centre Anticancéreux, nous a mis à même de suivre les malades traités suivant ses indications, et de bénéficier, jour par jour, de son précieux enseignement. Nous remercions aussi tout particulièrement M. le Docteur CREYSSEL, dont les conseils et les encouragements nous ont beaucoup aidés tout au long de cette thèse, et qui nous a permis de puiser abondamment dans les documents qu'il avait lui-même rassemblés.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire des tumeurs malignes parotidiennes a pendant longtemps été très confuse. Parmi les Anciens, seuls GALIEN, CELSE et LODES font vaguement allusion à l'extirpation de la glande déclarée impossible par HIPPOCRATE qui s'élève contre cette thérapeutique. C'est cette croyance dans l'impossibilité de l'exérèse chirurgicale, conditionnée par la difficulté d'abord de cette région si profondément située, l'étroitesse de la voie d'accès, les prolongements que la glande envoie hors de sa loge, le voisinage d'organes importants susceptibles d'être lésés lors de l'intervention, qui est la cause du long silence enveloppant la question.

Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, en effet, on ne retrouve dans la littérature aucune publication concernant les tumeurs de la parotide. Elles sont confondues avec les hypertrophies et les lésions inflammatoires de la glande, les adénopathies des ganglions voisins, les cancers de la face et de la tête propagés à la région parotidienne.

Dans les dix dernières années du XVIII^e siècle seulement, paraissent une série d'observations se rapportant à ces tumeurs, tendant à les individualiser, mais il faut arriver en 1841 pour rencontrer, dans la thèse d'Auguste BÉRARD, le premier essai de classification des tumeurs parotidiennes, classification à peine esquissée, qui est reprise et parachevée au cours du XIX^e siècle.

Puis, les formes anatomo-cliniques des tumeurs de la parotide étant connues, des discussions passionnées se sont ouvertes au sujet de leur histologie, de leur histogénèse et de leur traitement, soit par la chirurgie, soit par les agents physiques. Ces deux points : l'histogénèse, le traitement, dominant encore aujourd'hui l'histoire des tumeurs parotidiennes.

Nous pouvons donc schématiquement distinguer dans cet historique trois grandes périodes :

1^o Période de confusion, jusqu'en 1840 environ ;

2^o Période de classification anatomo-clinique (1840-1890) ;

3^o Période de discussion histologique et thérapeutique, discussion déjà fortement engagée pendant la deuxième période et prenant une importance primordiale de 1890 à nos jours.

I. — Période de confusion

On retrouve les premières observations concernant les tumeurs parotidiennes dans les rapports de l'Académie de Chirurgie qui, avec Ch.-G. SIEBOLD (1793),

J.-B. SIEBOLD (1797), CULLERIER (1806), MOULINIER (1833), les range toutes au nombre des cancers.

Vers 1820, BRAAMBERG, KYLL, HOURMANN commencent à distinguer des autres tumeurs le Cancer parotidien, assez exactement décrit par BOYER, SABATIER et DUPUYTREN (médecine opératoire). Puis GENSOUL, dans la thèse de PILLET (1828), ALBINO MAGRI (1829), NOEGELE (1827), VALENTINE MOTT (1832), CHELIUS (1834), ROUX (1835), RANDOLPH (1839), SAVOURNIN (1839) étudient la possibilité de l'exérèse de la Parotide et sa technique. Mais tous ces travaux sont encore très incomplets, et c'est la thèse d'Auguste BÉRARD qui va ouvrir, dans l'histoire des tumeurs parotidiennes, une ère nouvelle.

II. — Période de classification anatomo-clinique

En 1841, Auguste BÉRARD, dans sa thèse de concours traitant « des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne », fait un double travail d'analyse critique et de synthèse des observations publiées isolément jusqu'à ce jour. Il isole des tumeurs de la région, celles de la glande proprement dite, et tend à établir parmi celles-ci une classification ; classification encore rudimentaire et insuffisante, qui sera reprise et complétée ultérieurement. Il étudie principalement la possibilité et les moyens opératoires d'extirper la Parotide, mais il a

surtout le mérite d'avoir attiré l'attention des chercheurs sur un chapitre de la pathologie chirurgicale jusqu'alors négligé et confus.

En effet, à partir de cette époque, apparaissent une série de travaux tendant à individualiser de plus en plus les différents types de tumeurs observés.

LEBERT, en 1845, signale le premier Sarcome et établit, en 1847, la distinction entre l'Adénome et le Cancer. Ses travaux furent repris par DENUCÉ (1849), BROCA (1858) et, plus tard, par LANNELONGUE et VERNEUIL.

En 1856, BAUCHET envisage toutes les tumeurs de la parotide comme des formes diverses de l'« hypertrophie » ; il les classe, suivant leur siège et leur composition tissulaire, en superficielles et profondes, générales et partielles, glandulaires, épithéliales, fibreuses, etc... Mais les auteurs du *Compendium de Chirurgie* (DENONVILLERS et GOSSELIN) ont rendu au terme « hypertrophie » sa valeur étymologique, étendue par BAUCHET à toutes les tumeurs, en distinguant, des hypertrophies extrêmement rares, les tumeurs bénignes et malignes ; cette distinction n'est, du reste, pas nettement établie du fait de la difficulté que la complexité de ces tumeurs apporte à toute classification.

En 1859, DOLBEAU décrit le chondrome.

En 1860, TRIQUET publie deux cas de cancer.

Mais tous ces travaux portent sur des cas isolés et il faut arriver à JEAN (diagnostic des tumeurs de la région parotidienne, 1873), BRANLAT (historique, 1874), KAUFFMANN (sarcome, 1881), MICHAUX (carcinome, 1883), RODRIGUEZ (sarcome, 1890), DUHAMEL (sarcome,

1900) pour avoir sur les tumeurs de la parotide des études d'ensemble fondamentales, et que nous retrouverons à la base de toutes les publications ultérieures. Elles seront complétées beaucoup plus tard, sur des points de détail cliniques, par VERNET (1915), FERRIEUX (1920), COLLET et BONNET (1923), CAUBET (1924).

III. — Période de discussion histologique et thérapeutique

Les auteurs qui s'étaient efforcés, à la suite d'Auguste BÉRARD, de décrire et de classer les tumeurs parotidiennes, s'étaient également préoccupés de leur traitement.

La plupart étaient partisans de l'abstention chirurgicale, redoutant de blesser la carotide externe, la jugulaire et le facial. Cependant quelques chirurgiens avaient tenté l'exérèse de ces tumeurs et relaté leurs interventions ; ce sont A. BÉRARD, LUZENBERG (1842), JOBERT DE LAMBALLE (1842), MONOD (1850), GENSOUL (1851), MALGAIGNE (1858), DEMARQUAY (1857), RAMBEAU (1858), VERNEUIL (1872), VALDEYER (1873), BROCA (1875), SANCHEZ DE TOCA (1876), VALERANI (1877), MEDINI (1878), LE DENTU (1879). Aucun ne laissait de technique précise, à l'exception de GENSOUL et de MALGAIGNE ; mais leurs opérations étaient encore insuffisantes, et ils jugeaient dangereuses les applications complémentaires de caustiques préconisées par DESAULT et CHOPART.

En 1895, J.-L. FAURE, reprenant l'étude anatomique précise de la région parotidienne, montra la possibilité d'une exérèse totale de la glande par la ligature méthodique des pédicules, et la résection partielle de la branche montante du maxillaire inférieur ; résection qui ouvre largement la fosse rétro-maxillaire. Cette résection parut insuffisante à MORESTIN qui préconise, en 1898, la résection totale de la branche montante. Mais celle-ci fut pourtant trouvée excessive par de nombreux auteurs et, tout en élargissant considérablement l'opération de J.-L. FAURE, BÉRARD et LERICHE, décrivent, en 1906, une technique caractérisée par l'association de la résection condylo-marginale postérieure à l'exérèse des ganglions cervicaux correspondants.

Depuis, les chirurgiens ne se sont plus appliqués qu'à chercher des procédés opératoires sur des points secondaires :

- extirpation de tumeurs ayant un siège anormal (tumeur du prolongement pharyngien extirpée par voie endo-buccale (SERTOLI, 1910 ; FIOLEY, 1924) ;

- tumeur de la parotide accessoire (FLORENCE, 1910) ;

- suture du nerf facial sectionné lors de l'exérèse (VINCENT, 1911 ; PICQUET, 1911) ;

- correction de la paralysie par section du sympathique (LERICHE, 1920 ; NOVIKOFF, 1924).

A côté de l'intervention chirurgicale, l'application des agents physiques (électricité, rayons X, radium) apporte, au début du xx^e siècle, de nouvelles armes à la thérapeutique des tumeurs parotidiennes.

Tour à tour ont été préconisées, la fulguration (DESPLATS, 1908 ; BILHAUT, 1909) ; — la roentgenthérapie (VILLARD, 1911 ; PFENDER, 1917 ; BELOT, 1921) ; — la curiethérapie (WICKHAM et DEGRAIS, 1909 ; ABBE, 1911 ; BÉRARD et M^{me} MOUTET, 1914 ; WEIL, 1916 ; LECLERC, 1921 ; QUICK and JOHNSON, 1922 ; PICOT, 1925 ; BURROWS, 1926 ; STOHR et RISAK, 1927). Ces méthodes ont été tentées avec plus ou moins de succès, soit isolément, soit associées au traitement chirurgical.

Parallèlement aux recherches thérapeutiques, se sont développées les recherches histologiques, tendant à mettre en lumière la nature tissulaire des tumeurs parotidiennes, leur origine, leur histogénèse. Ces questions, déjà très discutées, ont pris une importance encore plus grande depuis l'avènement de la physiothérapie qui nécessite une connaissance intime de l'anatomie microscopique des tumeurs.

A vrai dire, ces discussions ont été soulevées presque toutes à propos des tumeurs mixtes bénignes, alors qu'on s'occupait fort peu des tumeurs malignes proprement dites.

On leur a attribué d'abord une origine ganglionnaire, qui en faisait des tumeurs secondaires à des néoplasmes des ganglions intra-parotidiens. En 1860, cette théorie avait vécu et la théorie glandulaire lui succédait.

Certains auteurs (VERNEUIL, 1869 ; PLANTEAU, 1876 ; DUPLAY, 1877 ; MALASSEZ, 1889) voient l'origine de ces tumeurs dans l'épithélium glandulaire. Ils furent suivis, plus tard, par PÉROCHAUD (1885), DE LARABRIE (1890), COLLET (1895), BERGER (1897), PAILLER (1904),

RIBERT (1904), ERICH (1906), WILMS (1899), WOOD (1904), BOSC (1904).

Soutenue particulièrement par l'Ecole Française, cette théorie épithéliale se heurta à la théorie conjonctive, qui attribuait les tumeurs parotidiennes à la prolifération de l'endothélium des fentes lymphatiques. Soutenue par l'Ecole Allemande avec BILLROTH (1859), HOLACZECH (1881), KAUFFMANN (1881), MASSE (1892), KUTTNER (1895), WOLKMANN (1895) ; en France par BOSC et JEANDREAU (1899), CURTIS et PHOCAS (1899), HINGLAIS (1904) ; en Italie par TONARELLI (1903), cette théorie n'a actuellement plus aucune valeur.

Tout le monde est d'accord sur l'origine épithéliale de ces tumeurs, mais il reste encore à déterminer l'origine de ce tissu épithélial.

Pour BARD, BONNET, ROUX et ses élèves, il proviendrait de perturbations cellulaires de la blastomère, aux premières heures de la vie embryonnaire (théorie nodale, théorie blastomérique).

Pour PITANCE et WILMS, l'enclavement d'un îlot cellulaire embryonnaire, ectodermique, dans le parenchyme parotidien lors de son bourgeonnement, en serait l'origine.

CUNÉO et VEAU (1900), VIGNARD et MOURIQUAND (1904), LENORMAND, RUBENS, DUVAL et COTARD (1908), CHEVASSU (1910), expliquent la formation de ces tumeurs par une inclusion branchiale.

Enfin, pour VIALLETON, suivi de FORGUE et MASSABIAU (1907), les tumeurs parotidiennes seraient de véritables embryomes juxta-salivaires.

Quant aux tissus de la trame conjonctive, personne

n'est d'accord sur leur origine, toujours très discutée. Les travaux les plus récents de KROMPECHER (1903), ALEZAIS et PEYRON (1908), DELANGLADE et PEYRON (1916), MASSON et PEYRON (1914), MASSON et BERGER (1924), LEROUX (1926-1928), essayent de l'expliquer par des métaplasies successives, plus ou moins complexes, mais aucune preuve vraiment déterminante n'en a encore été donnée.

Les tumeurs malignes primitives, elles, n'existeraient pas pour PÉROCHAUD qui tend à en faire des formes de dégénérescence, particulièrement complètes et précoces, de tumeurs mixtes préexistantes. Il est certain que bon nombre d'entre elles naissent de ce processus, mais les cas de tumeurs malignes primitives nous paraissent indiscutables.

Pour FREDET et CHEVASSU (1902), elles peuvent reconnaître deux origines : soit glandulaire, aux dépens des canaux excréteurs ou des acini, soit branchiale, par la prolifération d'une inclusion intra-parotidienne ou d'un embryome juxta-parotidien.

CHAPITRE II

Etiologie

Les tumeurs malignes de la parotide, comme tous les cancers d'ailleurs, ne reconnaissent pas de causes actuellement bien définies. Toutes les notions que nous possédons à ce sujet se bornent à des constatations cliniques permettant, tout au plus, d'établir une liste des causes qui semblent favoriser l'évolution de ces tumeurs, sans nous autoriser à en tirer la moindre déduction sur leur apparition dans l'organisme.

Nous nous bornerons donc à un simple exposé de ces faits, tels que nous les avons rencontrés dans la littérature médicale et dans nos observations cliniques.



FRÉQUENCE

Les tumeurs malignes parotidiennes sont rares; tous les auteurs sont unanimes à le reconnaître, et les observations publiées, presque toujours isolément,

en font foi. Les travaux d'ensemble, peu nombreux, qu'elles ont inspirés, ne réunissent que quelques cas personnels à leurs auteurs et synthétisent en général des observations isolées, déjà rapportées antérieurement.

Il est difficile de donner des chiffres absolus: pendant longtemps les tumeurs malignes parotidiennes ont été confondues avec d'autres affections et, d'autre part, les statistiques relatives aux cancers ne les mentionnent que rarement. Cependant, ROUSSY et WOLF signalent que, sur 11.374 cancers traités à l'hôpital Tenon, de 1901 à 1906, un seul était un cancer parotidien. JEANSELME et BARBÉ n'ont également rencontré qu'un seul cas de cancer parotidien sur 9.200. Ces chiffres paraissent très faibles. Personnellement, en effet, nous en comptons 29 cas sur les 3.000 néoplasmes traités au Centre Anticancéreux jusqu'à ce jour ; 5 d'entre eux ont leur origine dans des tumeurs mixtes dégénérées.

Mais si la fréquence globale du cancer parotidien est minime, elle est, au contraire, très grande dès qu'il s'agit du cancer des glandes salivaires, dont il constitue la plus grande partie. Le cancer de la glande sous-maxillaire est presque exceptionnel, celui des glandes accessoires plus rare encore. La statistique de KENNON donne, pour 37 tumeurs malignes des glandes salivaires, 33 tumeurs de la parotide et 4 de la sous-maxillaire. Dans les dossiers du Centre Anticancéreux, nous ne trouvons que 2 cancers de la glande sous-maxillaire, un seul des glandes accessoires.

Par rapport aux autres tumeurs de la parotide, tu-

meurs bénignes, mixtes ou mono-tissulaires, la proportion des tumeurs malignes est différente suivant que l'on envisage l'une ou l'autre de ces catégories. Les tumeurs bénignes mono-tissulaires paraissent encore plus rares que les cancers, tandis que, au contraire, les tumeurs mixtes constituent de beaucoup le plus grand nombre des tumeurs parotidiennes.

KENNON, en 1921, étudie sur 124 tumeurs parotidiennes, 26 tumeurs malignes et 98 tumeurs bénignes dont 7 dégénèrent.

Sur 26 cas recueillis en 1924 par PORTER and CHURCHILL, dans les travaux de WOOD, NASS, WOLKMANN, LANDSTEINER, KAUFFMANN et KNETTER, 13 seulement sont malignes.

MAC FARLAND, étudiant en 1926 l'évolution de 90 tumeurs parotidiennes, compte 76 tumeurs bénignes pour 14 malignes.

En 1927, STOHR et RISAK trouvent 8 tumeurs primitivement malignes, pour 59 tumeurs mixtes (dont 7 évoluent vers la malignité, et 4 tumeurs bénignes mono-tissulaires.

Si nous envisageons maintenant la nature même de la tumeur, nous constatons que l'épithélioma est beaucoup plus fréquent que le sarcome. Dans la statistique de PORTER and CHURCHILL, il ne s'agit que d'épithélioma, dans celle de MAC FARLAND également ; STOHR et RISAK notent 2 sarcomes sur 8 tumeurs malignes ; KENNON, 6 sarcomes pour 20 épithélioma et, sur les 29 cas que nous avons observés, nous n'avons rencontré qu'un seul sarcome. Quant à la tumeur mélanique, elle est presque exceptionnelle.

Enfin, il est à remarquer que le néoplasme affecte en général le corps de la glande, et qu'il est beaucoup plus rare de le voir se développer sur un de ses prolongements.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Age. — La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que les tumeurs malignes de la glande parotide évoluent le plus souvent sur des sujets âgés de 35 à 50 ans. Toutefois, il faut distinguer ici l'épithélioma du sarcome.

Le sarcome, en effet, se rencontre surtout chez les jeunes. RODRIGUEZ en rapporte :

5 cas de	10 à 20 ans,
5 —	20 à 30 —
3 —	30 à 40 —
2 —	40 à 50 —
1 —	50 à 60 —

Les malades de KENNON avaient respectivement 20, 44, 50 et 70 ans. Le sarcome a été rencontré chez des sujets plus jeunes encore ; KAUFFMANN en a observé un cas chez une fillette de 10 ans, BÉRARD chez une enfant de 6 ans ; STOHR et RISAK chez un garçon de 2 ans, SIERAMSKI en a même rencontré un cas chez un bébé de 6 semaines.

Au contraire l'épithélioma, suivant la règle des tumeurs épithéliales, apparaît beaucoup plus tard ; le squirrhe, en particulier, évolue chez des sujets âgés, en général, de plus de 60 ans.

La statistique du Centre Anticancéreux donne :

Avant 40 ans	3 cas
De 40 à 50 ans	4 —
De 50 à 60 ans	10 —
De 60 à 70 ans	5 —
De 70 à 80 ans	5 —
Au delà de 80 ans	2 —

Sexe. — Le sexe ne joue pas un rôle bien net dans l'étiologie des tumeurs parotidiennes. Pour certains auteurs, on les rencontrerait plus souvent chez la femme que chez l'homme ; pour d'autres, ce serait l'inverse. Le plus grand nombre s'accorde à voir une prédominance chez l'homme (2 fois plus, d'après RODRIGUEZ, et dans une proportion plus grande encore d'après MICHAUX, STOHR et RISAK).

Sur nos 29 observations, 17 se rapportent à des hommes.

Hérédité. — L'hérédité ne semble pas mise en cause.

Race. — L'influence de la race a été invoquée par RODRIGUEZ, qui a remarqué la fréquence du sarcome dans l'Amérique du Sud et a été ainsi amené à en faire l'étude. Nous nous bornons à rapporter ce fait, n'ayant pu recueillir aucune autre constatation de cet ordre.

Les grands facteurs généraux ne semblent donc pas avoir une influence bien nette dans l'apparition des tumeurs malignes de la parotide. Il en est tout autrement d'un facteur qui joue certainement un rôle important dans leur étiologie, c'est-à-dire :

L'état antérieur de la glande et, en particulier, la présence d'une tumeur bénigne préexistante.

Nous devons cependant établir ici une distinction entre les tumeurs bénignes mixtes et les tumeurs bénignes mono-tissulaires.

En effet, les tumeurs mono-tissulaires dégénèrent exceptionnellement. La littérature médicale ne nous en a fourni qu'un seul cas publié par ANCELOT. Il s'agit d'une femme de 56 ans, portant depuis plus de deux ans une tumeur parotidienne qui fut extirpée et reconnue histologiquement pour un adénome banal. Un an après, une récurrence maligne emportait la malade en sept mois.

Par contre, les observations de tumeurs mixtes ayant évolué longtemps comme des tumeurs bénignes avant de se transformer en tumeurs malignes, sont très nombreuses. Certains auteurs vont même plus loin et prétendent qu'à l'origine de tout épithélioma parotidien, on trouve une tumeur mixte. CHAVANAY et NADAL, en particulier, s'appuyant sur l'examen histologique d'une tumeur mixte dégénérée, dont la structure histologique est complètement bouleversée et presque totalement détruite par un épithélioma, concluent que si l'extirpation avait été plus tardive « il est vraisemblable que le néoplasme aurait complètement détruit les vestiges de la tumeur mixte. On peut donc se demander si tous les cancers parotidiens n'auraient pas, pour origine, une tumeur mixte plus ou moins latente ».

Bien souvent, cette dégénérescence ne reconnaît aucune cause sensible et paraît spontanée. Parfois,

cependant, un interrogatoire soigneux permet de déceler un état pseudo-infectieux plus ou moins léger, un épisode fébrile récent, une grossesse (DUHAMEL, LEEUWEN), à la suite desquels la tumeur aurait brusquement changé de nature.

Traumatisme. — Plus fréquemment le traumatisme peut être incriminé. BERTEIN signale le cas d'un homme portant, depuis neuf ans, une tumeur mixte d'évolution bénigne, dont la dégénérescence sarcomateuse aurait eu pour cause un choc violent par recul d'une crosse de fusil.

A côté du traumatisme accidentel, qui est relativement rare, le traumatisme chirurgical offre une importance considérable. Déjà Auguste BÉRARD insistait sur ce fait qu'une intervention chirurgicale, pratiquée sur une tumeur mixte, peut entraîner une évolution maligne ; et tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité de pratiquer d'emblée l'ablation totale des tumeurs mixtes, les traumatismes opératoires répétés favorisant leur dégénérescence.

C'est le cas de 4 de nos malades qui présentaient des tumeurs mixtes ayant récidivé sous forme d'épithélioma quelque temps après l'intervention.

Parfois, la sensibilité de ces tumeurs ne nécessite même pas de traumatisme aussi important, et nous avons rencontré plusieurs observations où, comme chez une de nos malades, la dégénérescence est consécutive à une simple ponction de la tumeur.

Le traitement subi par la tumeur mixte joue donc un rôle tout à fait capital dans son évolution ultérieure ; le traitement par les agents physiques, en par-

ticulier, nécessite une technique très rigoureuse, car les doses insuffisantes de radium ou de rayons X donnent aux tissus pathologiques, incomplètement détruits, une activité nouvelle, et accélèrent leur dégénérescence épithéliale.

Nous sommes donc obligés de reconnaître au traumatisme, et en particulier au traumatisme thérapeutique, le plus fréquent, une action favorisante sur l'évolution maligne des tumeurs mixtes ; mais nous devons considérer, comme tout à fait exceptionnelle, une observation de MOREAU, qui fait du traumatisme l'agent déterminant d'une tumeur maligne sur une glande saine. Il raconte l'histoire d'un officier, frappé d'un éclat d'obus dans la région rétro-maxillaire, chez qui on n'a constaté, sur le moment, qu'une simple ecchymose à ce niveau ; quinze mois plus tard est apparue, sur la parotide, une tumeur de nature épithéliale.

Nous venons de voir que la présence d'une tumeur parotidienne peut toujours faire craindre l'évolution ultérieure d'une tumeur maligne. Nous allons envisager maintenant quelle peut être l'influence d'une lésion inflammatoire, parfois ancienne, dans l'étiologie des tumeurs malignes de la parotide.

Rien ne s'oppose à ce qu'une inflammation antérieure, souvent passée à l'état chronique, puisse dans la parotide, comme dans les autres organes glandulaires, comme dans tous les tissus, favoriser l'évolution d'un cancer, celui-ci étant éminemment une « maladie de cicatrices », ainsi que l'a démontré récemment M. Auguste LUMIÈRE. Nous pouvons citer

quelques observations à l'appui : MICHAUX a observé une tumeur chez un malade ayant eu un abcès parotidien vingt ans auparavant ; de même, il est possible qu'un état inflammatoire de la glande, après une grippe chez un de nos malades, à la suite d'un abcès dentaire chez l'autre, ait favorisé le développement des tumeurs malignes qu'ils présentaient.

Parmi les inflammations, la syphilis, ordinairement si favorable à l'apparition des lésions néoplasiques, ne semble pas avoir attiré l'attention des auteurs, et nous n'avons rien pu trouver de précis à cet égard dans les observations de syphilis parotidienne que nous avons pu consulter.

En conclusion de cette étude rapide sur l'étiologie des tumeurs malignes de la glande parotide, nous sommes obligé de constater qu'aucune origine précise ne peut leur être reconnue, et que nous restons en face de faits cliniques, impossibles à interpréter dans un sens déterminé.

Toutefois, il convient de mettre en relief l'importance de l'état antérieur de la glande (tumeur, inflammation) et l'action favorisante du traumatisme thérapeutique sur l'évolution des tumeurs mixtes.

Nous en retirons, comme conclusion pratique, la nécessité absolue de l'ablation totale de ces tumeurs lorsqu'on les opère.

CHAPITRE III

Symptômes

La symptomatologie des tumeurs malignes de la parotide a, depuis longtemps, été fort bien étudiée et décrite. Nous n'y reviendrons donc que brièvement, réservant un chapitre plus important aux formes cliniques typiques qu'elles revêtent. Il nous a cependant semblé intéressant de reprendre les signes classiques de ces tumeurs pour montrer que leur tableau est souvent bien loin d'être complet, et qu'ils n'ont pas toujours la valeur exacte qu'il est habituel de leur reconnaître.

I. — Le mode de début

Il est à peu près le même pour toutes ces tumeurs. Elles se manifestent soit par un gonflement léger de la région parotidienne, soit par une petite nodosité

mobile sous la peau, suivant qu'elles se développent dans le corps même de la glande ou à sa surface.

En général, ce début discret n'attire pas l'attention du malade, la tumeur passe longtemps inaperçue, jusqu'au jour où elle vient faire bomber la région parotidienne, ou bien détermine des troubles fonctionnels qui la font rechercher.

II. — Période d'état

1^o *Signes fonctionnels*

Les signes fonctionnels sont, en effet, très importants. Les anciens auteurs considéraient leur association comme un syndrome pathognomonique des tumeurs malignes de la parotide et attribuaient à leur absence une valeur diagnostique négative.

Plus tard, les observations ont souvent rapporté des cas de tumeurs reconnues malignes à l'examen histologique, alors qu'un, ou plusieurs, de ces signes faisaient défaut.

LA DOULEUR en particulier n'est pas constante et son intensité est très variable, suivant la forme anatomique des tumeurs.

Elle peut, comme dans le sarcome, être tout à fait inexistante, ou se manifester seulement par une vague névralgie plus ou moins intermittente, ayant son

maximum dans la région parotidienne, et irradiée vers la tempe.

Dans la forme squirrheuse de l'épithélioma, la douleur est aussi au second plan, n'apparaissant que tardivement au cours de l'évolution, et sans être jamais très violente.

Elle est, au contraire, extrêmement vive dans la forme encéphaloïde et la tumeur mélanique, où elle acquiert vraiment toute son importance et domine nettement la scène clinique, s'irradiant à la face, au cou, à la nuque, à la région temporale, et atteignant des paroxysmes atroces.

Elle a donc une valeur diagnostique importante, tant pour attirer l'attention sur la région parotidienne que pour fixer la nature épithéliale d'une tumeur, ou la date de dégénérescence d'une tumeur bénigne, la douleur étant, en effet, parfois, le symptôme signal de leur évolution vers la malignité.

On ne la rencontre jamais dans une tumeur bénigne; on est donc en droit d'affirmer la malignité d'une tumeur évoluant avec douleur, mais il ne faut pas attribuer à cette douleur une valeur absolue, puisqu'elle peut manquer, même dans l'épithélioma encéphaloïde, comme c'est le cas chez onze de nos malades, ou n'apparaître que très tardivement dans le squirrhe.

Dans le sarcome, elle n'existe pas.

SIGNES DE RETENTISSEMENT SUR LES ORGANES VOISINS

Les troubles de la salivation sont en général peu nets et passent inaperçus.

Les troubles de la mastication sont plus marqués, soit que le volume de la tumeur mette obstacle aux mouvements du maxillaire, soit que le blindage de la peau par un squirrhe diffus maintienne la mâchoire comme dans un carcan, soit enfin que l'articulation temporo-maxillaire et les muscles qui assurent son fonctionnement, soient comprimés ou infiltrés par la tumeur.

Les troubles de l'audition sont également fréquents, provoqués par un écrasement du conduit auditif externe et de l'aqueduc de Fallope, qui sont parfois envahis ; dans ce cas, les bourgeons néoplasiques peuvent laisser écouler un liquide sanieux par l'oreille, causer une diminution marquée de l'acuité auditive, des bruits anormaux. Enfin, l'étranglement du nerf auditif peut entraîner la surdité absolue. Souvent peu apparentes, ces lésions doivent être recherchées avec soin par l'examen minutieux de l'oreille.

SIGNES DE COMPRESSIONS NERVEUSES

Paralysie faciale. — Il est classique de dire que la paralysie faciale est un signe pathognomonique de malignité. Elle est, en effet, fréquente, aussi devons-nous l'étudier plus en détail.

C'est une paralysie de type périphérique, affectant le plus souvent les deux branches du nerf facial : les reliefs musculaires de la face sont effacés, les mouvements de la mimique impossibles, la déformation de la bouche s'accroît quand le malade veut parler ou rire, le lobule du nez est dévié du côté sain ; l'occlusion de l'œil est impossible, l'éversion des points

lacrymaux entraîne de l'épiphora. Il n'y a pas de troubles de la gustation ni de la sensibilité ; mais la mastication est gênée par l'atonie de la joue qui ne ramène plus les aliments sous les arcades dentaires et la déglutition peut être difficile. Parfois seule la branche inférieure est lésée, il n'y a aucune perturbation physiologique du côté de l'appareil oculaire. La date d'apparition de la paralysie dans l'évolution d'une tumeur parotidienne est extrêmement variable.

Au début, on ne la rencontre que dans le squirrhé, dont elle peut être parfois le premier symptôme, alors que rien ne fait soupçonner une affection de la parotide. Dans ce cas, elle a une importance capitale, puisqu'elle est le seul signe qui puisse orienter le diagnostic et permettre de pratiquer l'intervention en temps opportun. Mais il est parfois très difficile de la rattacher à son origine, même quand on recherche systématiquement la tumeur de volume toujours très réduit et profondément enchâssée dans l'échancrure parotidienne.

Parfois aussi cette paralysie d'emblée complète, d'installation brusque, sans aucun prodrome, égare le diagnostic vers une affection de l'oreille, la syphilis, la paralysie *a frigore*, et constitue un danger pour le malade.

Cependant, elle coïncide, en général, avec une tumeur encore à son début, mais déjà apparente. Dans certains cas même, la paralysie faciale est d'apparition plus tardive et ne vient que corroborer un diagnostic déjà établi. C'est ce qui se passe dans le cancer encéphaloïde. La paralysie s'établit moins

brusquement, succédant souvent à une parésie, s'installant petit à petit, avec des périodes d'arrêt, parfois même de rémission passagère. Souvent, c'est une paralysie incomplète : à côté de groupes musculaires complètement paralysés, d'autres peuvent être seulement affaiblis ou même indemnes. Elle est particulièrement tardive et capricieuse dans la dégénérescence maligne des tumeurs bénignes préexistantes.

La fréquence de la paralysie faciale est plus grande dans les épithéliomas que dans les autres tumeurs (66 % contre 36 % d'après CAUBET), comme nous le verrons dans les formes cliniques.

Mais ce symptôme, important pour le diagnostic, et présenté comme à peu près constant par les classiques, peut faire défaut (dans 18 % des cas, CAUBET). Sur les 29 cas que nous avons pu observer, la paralysie n'est signalée que 15 fois, son absence est notée 11 fois ; dans 3 cas, il n'en est pas fait mention. Comme la douleur, c'est donc un excellent signe de malignité, mais son absence n'infirmes pas forcément le diagnostic, puisqu'elle manque souvent, et que Picquet l'a rencontrée dans une tumeur manifestement bénigne, tant cliniquement qu'histologiquement.

Son importance est plus grande actuellement qu'autrefois, car les affections néoplasiques étant plus souvent dépistées, leur recherche étant faite plus systématiquement, il arrive que le malade vienne consulter au premier signe suspect relevé par son médecin. On se rend compte alors de la valeur considérable que peut avoir ce signe avant l'apparition d'une tu-

meur décelable à l'examen clinique et des problèmes diagnostiques intéressants qu'il pose.

Paralysie des autres nerfs craniens. — A la paralysie faciale peuvent s'associer, comme l'ont montré COLLET et BONNET, FERRIEUX, VERNET, des syndromes plus ou moins complexes, réalisés par la paralysie des quatre derniers nerfs craniens et du sympathique, atteints dans leur traversée de l'espace sous-parotidien postérieur. Pour COLLET et BONNET, le syndrome constitué par l'association du syndrome de VILLARET avec la paralysie faciale, accompagnée ou non de paralysie de la branche externe du spinal, aurait une valeur diagnostique absolue en faveur du squirrhe parotidien, seule tumeur capable de réaliser simultanément la paralysie de ces deux groupes nerveux éloignés.

2^o *Signes physiques*

Les signes physiques sont essentiellement variables avec la nature de la tumeur, c'est pourquoi nous les étudierons plus particulièrement dans les formes cliniques. Ils reconnaissent cependant quelques points communs permettant d'étudier la tumeur parotidienne et les adénopathies qui les accompagnent.

La tumeur siège dans la région rétromaxillaire, enclavée profondément entre la branche montante du maxillaire en avant, la mastoïde en arrière, tapissée sur sa face interne par les éléments qui traversent l'espace sous-glandulaire et la séparent du pharynx. Très à l'étroit, elle ne tarde pas à se manifester exté-

rieurement, en applatissant d'abord le creux parotidien, puis en infiltrant la peau du lobe de l'oreille qu'elle soulève et repousse en avant.

Ce soulèvement du lobe de l'oreille, son envahissement par la tumeur, ont longtemps été considérés comme des symptômes de certitude ; ce sont, en effet, d'excellents signes, mais ils ne sont pas pathognomoniques ; il faut bien savoir qu'on peut rencontrer cette déformation dans des affections extra-parotidiennes (tumeurs des plans superficiels, tumeurs ganglionnaires hautes et postérieures). Mais on doit pratiquer un examen attentif avant d'affirmer la non-participation de la parotide à cette déformation.

La tumeur a une morphologie variable, suivant sa nature, comme nous l'avons déjà dit.

Ce sont parfois de grosses tumeurs saillantes, lisses ou, au contraire, multilobulées, avec des bosselures molles, des plages indurées, des noyaux durs, des points nettement fluctuants. Elles s'implantent dans le creux parotidien par leur base large, ou par un pédicule plus ou moins important, en général très court. Cependant, on a pu observer des tumeurs malignes pendulaires, mais, dans ce cas, il s'agit le plus souvent de tumeurs bénignes dégénérées.

D'autres fois, ce sont des tumeurs petites, rétractées, avec un centre déprimé, entouré de radiations indurées, ou encore en demi-collier rugueux et rigide.

Toutes ces tumeurs présentent souvent un prolongement du côté de la joue et du masseter, ou un prolongement vers la région carotidienne.

A l'examen endoscopique on peut les voir bomber

dans le pharynx, repoussant l'amygdale, les piliers et le voile du palais.

A leur niveau, la peau peut être normale, souple, glissant sur la tumeur, ou au contraire légèrement envahie, adhérent à la masse sous-jacente par d'innombrables petits filaments rétractés; parfois, elle est rouge, chaude, un peu rugueuse, d'autres fois cartonnée. Elle peut présenter des ulcérations caractéristiques.

L'extension à la peau est plus tardive dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe, moins étendue aussi. Les ulcérations ne présentent pas les mêmes caractères dans l'un ou l'autre cas. Nous en reparlerons dans les formes cliniques.

Signes d'extension. — Augmentant de volume, ou s'infiltrant hors de la loge, le long des organes qui la traversent, la tumeur va comprimer les organes du voisinage, souvent les envahir. La peau, le squelette (maxillaire inférieur, arcade zygomatique, base du crâne), les muscles, les vaisseaux, les nerfs, participent de ce processus. Leur atteinte se traduit par des troubles physiologiques fort gênant : torticolis dû à l'invasion du sterno-cleido-mastoïdien, troubles de la mastication, troubles de la déglutition et dyspnée par envahissement du pharynx, troubles de l'audition par compression ou envahissement de l'oreille, paralysies plus ou moins complexes. Enfin, dans certains cas, on a même observé une expansion intracrânienne de la tumeur par le trou déchiré postérieur, et le trou stylo-mastoïdien.

En avant, la tumeur peut envahir le masséter, la joue ; en bas, elle plonge plus ou moins avant dans la région carotidienne.

Adénopathies. — L'extension de la tumeur se fait également du côté du système lymphatique et des ganglions relevant du territoire parotidien.

Ces ganglions doivent être recherchés avec soin. Il est rare qu'on puisse distinguer de la tumeur les ganglions superficiels. On doit explorer minutieusement toute la chaîne carotidienne le long de la jugulaire interne ; descendre très bas jusque dans le creux sus-claviculaire où on rencontre parfois des ganglions envahis, soit en avant du sterno-cléido-mastoïdien, soit en arrière de lui ; palper le cou sur la surface même de ce muscle où on trouve souvent une chaîne superficielle unissant les ganglions parotidiens aux ganglions sus-claviculaires. Enfin, examiner la région sous-maxillaire, bien que l'adénopathie soit exceptionnelle à ce niveau.

D'une façon presque absolue, cette adénopathie est unilatérale, localisée au côté atteint par la tumeur, mais on a cité des cas d'envahissement de tous les ganglions du cou, réalisant l'apparence d'une maladie de MICKULICZ (ce cas est tout à fait exceptionnel).

Suivant la nature de la tumeur, l'aspect des ganglions est variable : tantôt gros, mous, plus ou moins conglomérés, ils forment de véritables tumeurs secondaires souvent mal distinctes de la tumeur primitive ; tantôt ils sont petits, durs, isolés, ou réunis à la tumeur par des travées lymphatiques rétractées, tantôt

enclavés dans une gangue de péri-adénite inflammatoire si la tumeur est ulcérée. Nous étudierons avec les formes cliniques les différents caractères de ces adénopathies.

Elles manquent rarement, sauf dans les sarcomes, où les ganglions ne sont pas envahis et apparaissent plus ou moins précocement au cours de l'évolution.

Enfin, l'envahissement peut se faire par voie sanguine. On trouve des métastases dans le foie, les poumons, les plèvres (MICHAX, PLANTEAU et SHAEFFER), dans le système osseux (fémur : BUDDE, 1922), les méninges (LE DENTU), la moelle (GUEIT et PUECH, 1922). mais ces métastases sont peu fréquentes, sauf dans la tumeur mélanique, comme nous le verrons plus tard.

3° *Signes généraux*

L'état général est toujours touché. Sa défaillance est particulièrement précoce et profonde dans la tumeur mélanique, dont elle peut être, au début, la seule manifestation ; elle est également intense dans les tumeurs épithéliales.

Le malade pâle, amaigri, perd rapidement ses forces. L'examen de son sang montre une perte considérable des globules rouges, avec une légère hyperleucocytose portant surtout sur les mononucléaires.

L'intoxication par les produits de résorption entraîne rapidement la cachexie.

Parfois, l'évolution est hâtée par des complications, fréquentes au niveau des tumeurs ulcérées, ce sont :

les infections secondaires et les hémorragies, capricieuses, irrégulières, mais généralement assez importantes, rarement foudroyantes.

Enfin, la dysphagie, qui met obstacle à la nutrition du malade, et la dyspnée, peuvent être suffisamment intenses pour hâter la terminaison fatale vers la mort.

CHAPITRE IV

Formes cliniques

Les tumeurs malignes de la Parotide, de structure histologique si complexe, peuvent se ramener à quelques types nettement différenciés, depuis longtemps classiques : le sarcome, la tumeur mélanique, le cancer encéphaloïde, le squirrhe, atrophique ou diffus.

A ces grands types anatomo-cliniques, il faut ajouter quelques formes plus rares, caractérisées, soit par leur siège anormal sur la glande (tumeurs des prolongements), soit par l'existence d'un symptôme dominant nettement la scène clinique (forme aiguë inflammatoire, ganglionnaire, paralysie pure sans tumeur).

Formes anatomo cliniques

I. — Le sarcome

Le Sarcome est une affection rare, beaucoup moins fréquente que le cancer, ainsi que nous l'avons montré dans le chapitre étiologique ; il atteint presque exclusivement les enfants et les adultes jeunes.

Les descriptions qu'en donnent les auteurs sont parfois divergentes, même dans les symptômes qu'ils considèrent comme typiques et fondamentaux. Cette divergence s'explique par ce fait qu'on a décrit sous le nom de sarcome certaines tumeurs épithéliales formées de petites cellules rondes qui peuvent en imposer à l'examen microscopique pour des cellules conjonctives, mais qui sont, en réalité, des éléments épithéliaux, se comportant comme tels et constituant des tumeurs analogues aux cancers, tant par leur morphologie que par leur évolution.

Nous décrirons donc le sarcome pur, tumeur d'évolution longtemps torpide et locale, laissant de côté le sarcome dit encéphaloïde, qui n'est pas certainement une tumeur conjonctive, mais plutôt un épithélioma à petites cellules rondes.

SIGNES CLINIQUES. — La tumeur est la première en date ; le malade, qui ne ressent ni gêne, ni douleur, la découvre fortuitement et ne s'en inquiète pas.

Méconnue ou négligée, elle progresse lentement, régulièrement, avec parfois une poussée plus active déterminée par un traumatisme, une affection intercurrente, une grossesse, ou au moment des règles chez la femme.

Située en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, elle efface alors le creux parotidien, puis fait saillie au dehors, soulevant et repoussant en avant le lobe de l'oreille. Elle se présente comme une masse ovalaire, plus ou moins bosselée, parfois multilobulée, en général du volume d'un œuf. Elle est recouverte par une peau légèrement distendue mais

saine, souple et mobile. Enchâssée dans l'échancrure parotidienne, elle est assez difficilement mobilisable, cependant elle donne l'impression d'une masse nettement délimitée, sans adhérence avec les organes voisins ou les plans sous-jacents.

L'exploration du territoire lymphatique est négative. Les ganglions ne sont jamais envahis ; un seul cas d'adénopathie a été signalé par BRANDES, mais c'est un fait unique dans la littérature et on doit le considérer comme tout à fait exceptionnel.

Cette tumeur, relativement volumineuse, ne s'accompagne pas de troubles fonctionnels très marqués. Il est rare de rencontrer dans le sarcome des troubles de la salivation, de la mastication, ou des douleurs névralgiques irradiées à la tempe.

Quant à la paralysie faciale, qu'il est classique de signaler dans les tumeurs malignes de la parotide, son existence dans le sarcome est très discutée. A côté de DENONVILLIERS, GOSSELIN, KENNON, qui rapportent des cas où la paralysie faciale a été observée, DUHAMEL et RODRIGUEZ affirment catégoriquement qu'elle n'existe pas dans le sarcome pur sans pigment. Cependant, CAUBET relevant la fréquence de la paralysie faciale dans les tumeurs parotidiennes, en signale cinq cas sur quatorze sarcomes étudiés, mais certains de ces sarcomes relèvent du type encéphaloïde que nous éliminons.

Personnellement, nous n'avons pas rencontré de paralysie faciale dans le seul cas de sarcome que nous ayons pu observer.

Il semble donc qu'on puisse considérer la paralysie

faciale comme un symptôme rare, mais cependant assez fréquemment signalé, pour que son existence soit un bon élément diagnostique en faveur de la malignité de la tumeur.

Le sarcome évolue donc longtemps comme une tumeur mixte bénigne dont il est parfois impossible de le distinguer cliniquement. Abandonné à lui-même, son volume, qui augmente de jour en jour, entraîne l'apparition de troubles fonctionnels dus, non pas à l'envahissement des organes voisins par la tumeur, mais à leur compression ; la compression du conduit auditif déterminant une diminution de l'acuité auditive ; celle du pharynx, une dysphagie plus ou moins intense ; alors que le volume de la tumeur est un obstacle aux mouvements de mastication qui sont réduits, et aux mouvements de la tête, qui sont limités.

Le paquet vasculo-nerveux et les muscles du cou peuvent être refoulés ; ils ne sont jamais envahis.

La peau distendue devient lisse, luisante, livide, avec des plaques violacées et de grosses veines dilatées. Elle s'amincit progressivement et finit par s'ulcérer, mais là encore l'ulcération n'a aucun caractère néoplasique ; c'est une ulcération trophique, avec des bords décollés, non adhérents à la tumeur, un fond grisâtre recouvert de végétations qui ne saignent pas.

Si quelque infection secondaire survient alors, elle prend l'aspect inflammatoire et l'on voit apparaître une réaction ganglionnaire manifeste ; mais, même dans ce cas, les ganglions tuméfiés, mous, empâtés, ne sont pas envahis par le néoplasme.

Telle est la règle générale. On a décrit, il est vrai,

des sarcomes envahissant le squelette, les muscles, les organes lymphatiques et vasculaires du cou, la peau, et évoluant comme des tumeurs épithéliales. Mais il s'agit là du sarcome encéphaloïde et nous avons vu que son existence était très sujette à caution, nous ne le considérons pas comme faisant partie des tumeurs conjonctives.

La généralisation du néoplasme, les métastases sont exceptionnelles (2 cas RODRIGUEZ, 1 cas SHAFFER).

EVOLUTION. — Bien qu'ayant longtemps une évolution torpide, locale, à bas bruit, sans troubles fonctionnels graves, sans altération très sensible de l'état général, le sarcome n'en est pas moins une tumeur maligne qui aboutit fatalement à la mort après une défaillance brusque de l'organisme, suivie d'une période de cachexie plus ou moins longue, d'autant plus longue que le sujet est moins jeune.

La durée de cette évolution est assez difficile à préciser, elle est extrêmement variable d'après les auteurs. DUHAMEL aurait observé des évolutions de 15 à 20 ans, mais on peut se demander dans ce cas si la tumeur était bien primitivement conjonctive et s'il ne s'agissait pas plutôt de la dégénérescence sarcomateuse d'une tumeur mixte.

Cette hypothèse est d'accord avec l'opinion de Mac FARLAND, qui attache une importance primordiale à la durée de l'évolution pour différencier les tumeurs mixtes dégénérées des sarcomes. Elle peut être, dit-il, « un bon élément de diagnostic, soit qu'elle confirme le diagnostic histologique, soit qu'elle le corrige, celui-ci étant toujours très douteux ».

Mais là encore les auteurs ne sont pas d'accord et RODRIGUEZ donne une statistique qui étend beaucoup la durée de l'évolution. Il cite :

1 cas ayant évolué 14 ans,		
1 —	—	13 —
1 —	—	10 —
1 —	—	9 —
1 —	—	8 —
1 —	—	6 —
3 —	—	5 —
2 —	—	2 —
2 —	—	14 —
2 —	—	12 —
2 —	—	8 —
1 —	—	4 —

D'après lui, le sarcome évoluerait, en moyenne, de 1 à 5 ans.

Telle est l'évolution de la maladie abandonnée à elle-même ; le traitement vient la modifier.

En faveur de la guérison totale, nous n'avons pas rencontré de faits probants, mais il est possible que, les malades guéris ne se présentant pas, en général, à un nouvel examen, les succès thérapeutiques n'aient pu être publiés.

Cependant, le malade qui fait l'objet de notre observation N° I semble actuellement guéri, puisque, depuis l'exérèse de sa tumeur (il y a plus de cinq ans), il n'a jamais présenté le moindre signe local qui puisse faire craindre une récurrence, et que son état général est excellent.

La récurrence locale, au niveau de la cicatrice d'exérèse, est, en effet, toujours à redouter ; on la rencontre si fréquemment qu'elle est pour ainsi dire de règle, même à des périodes assez éloignées. La littérature médicale en rapporte un grand nombre : nous citerons deux cas de RODRIGUEZ ayant récidivé, l'un 18 mois, l'autre 5 ans après l'intervention ; un cas de KAUFMANN, qui a vu un enfant mourir en deux ans, après avoir présenté plusieurs récurrences ; un cas de SHAFFER, qui a dû intervenir, quatre fois en deux ans, sur une femme ayant présenté successivement plusieurs récurrences de sarcome parotidien.

La *mort* survient généralement par cachexie toxique, exceptionnellement par métastase, parfois par septicémie, l'ulcération des téguments présentant une porte d'entrée à l'infection microbienne.

II. — Tumeur mélanique

Il est classique d'étudier la tumeur mélanique dans le chapitre des sarcomes. Nous préférons l'envisager séparément, car elle présente si peu d'analogie avec ce dernier, tant au point de vue de son aspect clinique que de son évolution et de son pronostic, qu'elle nous paraît mériter cette distinction.

Le mélanome primitif de la parotide est tout à fait exceptionnel. Dans la plupart des tumeurs mélaniques parotidiennes publiées, il s'agit, en réalité, d'une tumeur exogène ayant envahi la glande par conti-

nuité, non d'une tumeur née de la parotide, la seule qui nous intéresse ici. Nous n'en avons rencontré que de rares observations (LAFABRIE, HAGGARD, RODRIGUEZ, DELAINI).

Son début est très insidieux, comme celui de toutes les tumeurs ; mais alors que le sarcome reste longtemps latent, que l'épithélioma a une évolution lente et localisée au début, la tumeur mélanique manifeste précocement sa malignité par des symptômes nets, d'emblée assez alarmants.

Elle atteint des sujets de tout âge, qui voient rapidement leur état général décliner, présentent un amaigrissement marqué, une anémie intense, une asthénie rapide. Les troubles de l'état général sont, dans la plupart des cas, si importants, que leur gravité, non en rapport avec le volume et la date d'apparition de la tumeur parotidienne, peut faire pressentir la nature mélanique de cette tumeur.

Localement, il peut n'y avoir au début qu'un empâtement diffus, décelable seulement à un examen attentif. Cependant, dans la plupart des cas, l'attention est attirée sur la région parotidienne par une douleur vive, tenace, à type névralgique, ou par une paralysie faciale d'apparition brusque.

La paralysie faciale est, en effet, assez fréquente chez ces malades : on la rencontre deux fois sur cinq cas de RODRIGUEZ, une fois sur deux cas de DELAINI.

La tumeur mal limitée, petite, est fixe d'emblée. Elle ne tarde pas à augmenter de volume, sans atteindre des dimensions bien considérables, mais elle envahit avec une grande rapidité la glande et la loge

parotidienne. Elle s'insinue dans les interstices de l'aponévrose qui n'offre elle-même que peu de résistance à l'envahissement, glisse le long des vaisseaux et des nerfs qui la traversent.

Bientôt, toute la région parotidienne est infiltrée, empâtée, indurée, avec des points ramollis. Le système lymphatique et les ganglions du cou présentent des altérations précoces et forment une masse qui tend à se fusionner avec la tumeur.

Celle-ci pénètre les muscles du voisinage, en particulier le sternocléido-mastoïdien, déterminant un torticolis permanent qui gêne les mouvements de la tête, les muscles masticateurs et l'articulation temporo-maxillaire dont l'atteinte entraîne un trismus marqué.

L'envahissement de la région rétro-parotidienne et des organes qui la traversent se traduit par des syndromes paralytiques associés à la paralysie faciale.

Le système osseux est attaqué, la tumeur adhère à la branche montante du maxillaire inférieur, à l'arcade zygomatique, à la mastoïde, à la base du crâne. L'infiltration de l'aqueduc de Fallope et du conduit auditif externe entraîne la surdité.

Le paquet vasculo-nerveux du cou est adhérent.

Enfin, on a même signalé des cas d'envahissement endocrânien par le trou déchiré postérieur et le trou stylo-mastoïdien.

La peau est précocement adhérente, rouge, hyper-vascularisée, indurée ; elle ne tarde pas à s'ulcérer et peut même, dans certains cas, présenter les taches noires caractéristiques du pigment mélanique.

Mais la diffusion de la tumeur n'est pas uniquement locale ou lymphatique. Rapidement, les cellules néoplasiques passent dans la circulation générale et vont créer à distance des métastases, la plupart du temps multiples, dont la topographie est très variable, et qui affectent plus électivement le poumon, la plèvre et le foie. Ces métastases présentent, du reste, un caractère nettement distinct de la tumeur originelle ; elles ne renferment pas de pigment noir. Toute tentative d'extirpation est suivie, au bout de peu de temps, de récurrence extrêmement maligne. La mort est la règle, soit du fait de l'affaiblissement général, soit du fait des métastases, après une évolution très rapide ne dépassant pas un an.

III. — L'Épithélioma

Les tumeurs épithéliales sont de beaucoup les plus fréquentes des tumeurs malignes de la parotide. Il est classique, depuis le travail fondamental de MICHAUX, de les diviser en cancer encéphaloïde et squirrhés, par analogie aux cancers du sein. Nous avons tout avantage à conserver cette classification clinique qui répond à des tumeurs cliniques distinctes et d'évolution caractérisée.

Nous y ajouterons le type un peu particulier présenté par la dégénérescence épithéliale des tumeurs mixtes.

A — *Le cancer encéphaloïde*

1° PÉRIODE DE DÉBUT. — Le cancer encéphaloïde se manifeste dès le début par une douleur vive ayant son maximum au niveau de la parotide et s'irradiant à la face, au cou, à la nuque, à la région temporale. Très violente, continue, avec des paroxysmes atroces, surtout nocturnes, elle peut être insupportable au point de nécessiter l'emploi de la morphine ou de motiver à elle seule l'intervention (MICHAX). Cependant, dans quelques cas, elle peut faire défaut, ou n'apparaître que sous la forme d'une petite douleur sourde sans irradiation.

Les troubles de la mastication et de la salivation sont en général très légers. La paralysie faciale est exceptionnelle à cette période, elle n'apparaît que tardivement dans le cancer encéphaloïde, alors que dans le squirrhe, au contraire, elle est très précoce, constituant même, parfois, le symptôme de début.

L'adénopathie est de règle, on trouve presque toujours, le long des deux chaînes ganglionnaires, superficielle et profonde, des ganglions hypertrophiés, de consistance ferme, et, en général, mobiles. C'est un excellent signe en faveur de l'épithélioma, l'adénopathie n'existe pas dans les tumeurs bénignes ni dans le sarcome.

2° A LA PÉRIODE D'ÉTAT, la tumeur qui a subi une croissance rapide se présente sous la forme d'une masse plus ou moins volumineuse, lobulée, occupant toute la région rétro-maxillaire ; elle manifeste fré-

quemment une tendance à s'étendre du côté de la joue, au niveau du prolongement antérieur de la glande, et à empiéter sur toutes les régions voisines (temporale, carotidienne, mastoïdienne).

A son niveau, la peau est rouge, chaude, souvent adhérente. Le pavillon de l'oreille est, non plus soulevé, comme dans le sarcome, mais infiltré et plus ou moins enrobé dans la tumeur.

Le conduit auditif et l'oreille moyenne peuvent être envahis, d'où diminution de l'audition, perception de bruits anormaux et parfois même écoulement de liquide sanieux et de sang. L'existence de ces signes commande un examen endoscopique de l'oreille : il permettra de constater soit l'infiltration du conduit auditif, soit l'existence de bourgeons friables et sanguinolents.

A la palpation, on reconnaît que la consistance de la tumeur est irrégulière et ses contours mal définis. A côté de plages cartonnées, on trouve des bosselures molles et des noyaux indurés ; il est impossible de fixer une limite précise à ces lésions adhérentes aux tissus adjacents, ou de mobiliser la tumeur sur les plans profonds. Elle est parfois perceptible au toucher pharyngien.

Le réseau lymphatique est infiltré, les ganglions mous et volumineux sont souvent confondus en une ou plusieurs masses irrégulières, véritables tumeurs secondaires, qui tendent à se fusionner entre elles et à se souder à la tumeur primitive.

La paralysie faciale apparaît, en général, à cette période. Au lieu de survenir brusquement, comme

dans le squirrhe ou la tumeur mélanique, elle s'établit lentement, progressivement ; elle reste pendant longtemps au stade de simple parésie, pour ne devenir que plus tard paralysie vraie. Et encore, dans ce cas, est-elle souvent incomplète et susceptible de régression.

La sensibilité de la face, la gustation, sont conservées.

Les troubles de la mastication, de la déglutition ou même de la respiration, de la parole, sont fonction à la fois du volume de la tumeur et de la paralysie faciale.

3° PHASE D'EXTENSION. — Par brusques accroissements successifs ou par progression lente, le cancer encéphaloïde peut atteindre un volume de la grosseur des deux poings, sans cependant réaliser les dimensions monstrueuses des tumeurs mixtes dégénérées.

Mais, parallèlement à son développement vers l'extérieur, il poursuit son évolution vers les organes voisins. Successivement, il envahit les murs de la loge parotidienne, dont il a déjà détruit l'aponévrose de revêtement, le squelette (branche montante du maxillaire inférieur, apophyse zygomatique, mastoïde, base du crâne), les muscles, le paquet vasculo-nerveux auquel il adhère intimement, et déborde de toute part.

Il est exceptionnel, cependant, de voir, malgré l'envahissement de l'espace sous-parotidien postérieur, l'encéphaloïde réaliser des syndromes paralytiques aussi complexes que les syndromes produits par le squirrhe car il n'enserme pas aussi étroitement les organes et ne les étangle pas.

De même qu'il s'étend vers la profondeur, le processus néoplasique gagne la peau déjà adhérente ; il l'envahit, puis l'ulcère, souvent en plusieurs points à la fois. Les ulcérations présentent tous les caractères de l'ulcération néoplasique : bords à pics, cartonnés, reposant sur une base indurée. Du fond des ulcérations s'échappent des végétations exubérantes, friables, qui saignent au moindre contact et laissent écouler un liquide louche et fétide. Elles sont presque toujours le siège d'hémorragies spontanées, capricieuses, mais souvent importantes, et qui contribuent à l'affaiblissement de l'état général.

Ulcérée, la tumeur s'infecte secondairement, augmente de volume, s'empâte ; cet empâtement dépasse la tumeur, s'étend autour d'elle et donne à toute la région un aspect pseudo-phlegmoneux. A l'adénopathie néoplastique s'ajoute un élément inflammatoire : les ganglions sont englobés dans une zone de périadénite qui les rend moins nettement distincts ; parfois, ils s'abcèdent.

Il n'est pas rare de constater, après quelques jours de traitement, une régression de la tumeur et de l'adénopathie qui s'explique simplement par les soins de propreté donnés à la tumeur ulcérée.

L'état général, atteint dès le début, devient rapidement très mauvais : à la cachexie toxique, provenant de la résorption des sécrétions néoplasiques, s'ajoutent : l'anémie consécutive aux hémorragies et les phénomènes infectieux qui suivent l'invasion microbienne secondaire des ulcérations. La mort survient donc rapidement, en dix-huit mois ou deux ans au

maximum, si une complication n'est pas venue hâter la terminaison fatale.

Les métastases à distance sont fréquentes, on les rencontre dans tous les organes, mais en particulier dans le foie, le poumon et les plèvres.

La récidive est de règle après l'intervention, car il est rare qu'on puisse, sauf au début, dépasser assez largement la tumeur. Elle se développe, soit dans la profondeur, au niveau d'un prolongement difficilement accessible de la glande, d'un organe infiltré, soit au niveau de la cicatrice opératoire, soit encore au niveau d'un ganglion resté inaperçu.

Nous verrons ultérieurement quels seront l'aspect et l'évolution de ces formes de récidive.

B. — *Le squirrhe*

Le squirrhe présente avec l'encéphaloïde des différences très marquées.

Il évolue généralement chez des sujets beaucoup plus âgés, avec une atteinte moins rapide et moins grave de l'état général et des signes fonctionnels, au contraire, beaucoup plus marqués, dominant la scène clinique dans un grand nombre de cas.

La forme de début est celle de toutes les tumeurs malignes parotidiennes ; mais alors que le sarcome, la tumeur mélanique et le cancer encéphaloïde acquièrent rapidement un volume de plus en plus considérable, le squirrhe tend à se ratatiner et attirer à lui les tissus voisins. Il se présente alors comme une petite dépression cutanée d'aspect cicatriciel, adhérente à

la tumeur sous-jacente qui est petite, ligneuse, fixée, sans limite précise. Tout autour rayonnent des travées dures, rétractées qui attirent au squirrhe les lésions de voisinage, la peau, le pavillon de l'oreille, le tissu musculaire, créant une gêne considérable dans les mouvements du cou et dans les mouvements de mastication. Le maxillaire inférieur est rapidement atteint.

Très lentement, le néoplasme envahit le système lymphatique qui se transforme en une série de cordons indurés, réunissant la tumeur aux groupes ganglionnaires qui en dépendent. Les ganglions assez tardivement atteints sont petits, très durs, et présentent tous les caractères du squirrhe encore plus nettement que la tumeur primitive.

Il est rare que l'envahissement de la peau évolue jusqu'à l'ulcération. Mais dans ce cas, la plaie ne laisse écouler qu'un peu de liquide sanieux, elle ne saigne pas, les vaisseaux sont ligaturés par la tumeur.

La douleur est exceptionnelle au début, elle n'apparaît que tardivement ; peu vive, un peu augmentée par la pression, sans irradiations violentes, elle revêt plutôt le type d'une névralgie, d'abord intermittente, plus tard continue.

La paralysie faciale est, au contraire, extrêmement précoce, précédant quelquefois tout autre signe de tumeur. Elle s'installe brusquement, sans prodromes, affectant le type périphérique, parfois limitée au facial inférieur, mais en général complète. Une fois installée, elle est susceptible de variations ou de ré-

gression, mais, dans la plupart des cas, elle est définitive.

La paralysie faciale est constante dans le squirrhe dont elle peut être, au début, le seul symptôme. Elle constitue alors un excellent signe de diagnostic en faveur d'une tumeur maligne parotidienne. Mais ce diagnostic est très délicat, il ne doit être discuté qu'en l'absence de tout autre signe pouvant expliquer la paralysie faciale. Presque toujours l'examen attentif de la glande parotide par la palpation combinée au toucher pharyngien permettra de rattacher la paralysie à une tumeur indurée, de très petites dimensions, incluse dans la glande.

Le plus souvent, la paralysie faciale est isolée. D'autres fois, elle précède d'autres paralysies plus complexes consécutives à l'étranglement par la tumeur, des nerfs qui traversent l'espace sous parotidien postérieur. Elles ont été décrites successivement par JACKSON (paralysie de l'hypoglosse et du spinal, 1846), AVELLIS (branche interne du spinal, 1891), SCHMIDT (spinal, branche interne et externe, 1892), TAPIA (pneumo-spinal 1906), BROKAERT (récurrent, sympathique, 1907), GAREL et GIGNOUX (récurrent, 1910), COLLET (syndrome sous-parotidien postérieur, 1915), VERNET (syndrome du trou déchiré post.), VILLARET (syndrome espace rétro-parotidien, 1916), SICARD (syndrome du carrefour condylo déchiré postérieur, 1917) et COLLET et BONNET (association du syndrome de VILLARET à la paralysie faciale, avec ou sans paralysie de la branche externe du spinal, 1923).

COLLET et BONNET attachent en particulier une im-

portance primordiale à l'existence de ce dernier syndrome qu'ils considèrent comme tout à fait pathognomonique du squirrhe, l'« éloignement de ces deux groupes nerveux donnant à la réalisation de ce syndrome une réelle valeur étiologique... seul, ou à peu près, le squirrhe de la parotide réalise par sa tendance à l'induration des tissus voisins les conditions susceptibles de réaliser la compression, l'enserrement des nerfs à leur sortie de la base du crâne, dans l'espace sous-glandulaire auquel confine le prolongement pharyngien de la parotide ». Dans ce cas, la paralysie faciale est toujours la première en date ; il est tout à fait exceptionnel que le syndrome de VILLARET la précède.

La compression du sympathique peut se traduire par une rougeur vive du lobule de l'oreille, accompagnée d'une sensation de chaleur et de picotement.

La compression de l'oreille et du nerf auditif entraîne la surdité. L'évolution est très lente. Pendant longtemps, l'état général n'est pas touché, la survie est de plusieurs années, la cachexie très tardive, la mort survient lentement sans généralisation.

Mais le squirrhe peut évoluer dans un sens un peu différent, et en particulier l'envahissement cutané peut être beaucoup plus étendu. Le malade présente alors une peau rugueuse, indurée, fixée aux plans sous-jacents par une infinité de petits filaments rétractés, sa couleur est d'un rouge brunâtre, elle paraît tannée. Cette large plaque cartonnée s'étend sur le cou, la région mastoïdienne, une partie de la face, parfois même sur la partie supérieure de la ceinture scapu-

laire. Elle constitue ainsi une sorte de carcan qui rend les mouvements de la tête et de la mâchoire très difficiles.

L'ouverture de la bouche, la phonation, la déglutition sont presque impossibles.

Ce squirrhe diffus évolue plus rapidement que le squirrhe atrophique ; la cachexie est plus précoce et la mort survient assez rapidement.

IV. — Tumeurs mixtes dégénérées

Les tumeurs mixtes sont des tumeurs bénignes et comme telles peuvent évoluer pendant très longtemps sans causer au malade d'autres troubles fonctionnels qu'un peu de gêne dans les mouvements du cou et de la mâchoire, entravés par le volume parfois considérable que ces tumeurs arrivent à acquérir.

Mais elles sont susceptibles de dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse, spontanément, ou bien à la suite d'un traumatisme accidentel, ou opératoire (ponction, exérèse incomplète), cas de beaucoup le plus fréquent.

C'est alors que ces tumeurs présentent toutes les formes de transition entre la tumeur mixte et la tumeur maligne, suivant que la dégénérescence affecte une région superficielle ou une région profonde de la tumeur, ou encore celle-ci toute entière.

Le mode de début peut être variable.

Tantôt c'est une grosse tumeur parotidienne qui

présente depuis de nombreuses années une évolution bénigne et qui, tout à coup, augmente brusquement de volume, se fixe et devient douloureuse. A son niveau, la peau rougit, perd sa souplesse et sa mobilité.

Tantôt ce sont des douleurs violentes et une paralysie faciale brusque qui apparaissent chez un malade porteur d'une petite tumeur parotidienne.

Tantôt, c'est la cicatrice d'exérèse d'une tumeur mixte qui s'indure, se met à bourgeonner en même temps que se manifestent les signes fonctionnels de malignité.

Tantôt enfin, c'est la défaillance de l'état général qui fait rechercher la dégénérescence de la tumeur.

On voit que tous ces signes de début sont très variés. Parfois plus ou moins insidieux, il faut les rechercher dans l'interrogatoire et l'examen du malade, et toujours attacher une grande importance à tout changement si léger soit-il, venant modifier l'évolution de la tumeur, surtout si le malade a subi une intervention antérieure.

Dans tous les cas, les signes fonctionnels sont d'autant moins marqués, et l'évolution d'autant moins rapide que la tumeur mixte est plus volumineuse et que la dégénérescence se fait plus loin de son pédicule d'implantation. Dans ce cas, en effet, la dégénérescence s'effectue en quelque sorte, hors de l'organisme et n'atteint que beaucoup plus tardivement les formations nerveuses et musculaires du cou.

A partir du moment de sa dégénérescence, la tumeur change de consistance et d'aspect, elle évolue comme une tumeur maligne et présente tous les ca-

ractères de l'encéphaloïde et du sarcome, et peut acquérir un volume considérable. (Obs. 20.) Nous n'y reviendrons pas ici.

V. — Formes de siège anormal

Parmi les tumeurs parotidiennes, certaines d'entre elles présentent un aspect clinique très différent, non par leur nature même, comme celles que nous venons d'étudier, mais parce que leur siège sur un prolongement de la glande détermine toute une série de symptômes qui n'entrent pas dans la description classique de ces tumeurs.

Les plus fréquentes sont celles du prolongement massétéрин et du prolongement pharyngien de la parotide .

Tumeur du prolongement massétéрин. — Elle se manifeste comme une tumeur de la joue, tumeur ferme plus ou moins fixée, plus ou moins volumineuse et qui peut être confondue avec une adénopathie génienne ou un kyste. Elle présente parfois un prolongement induré qui file en arrière vers la glande parotide que la tumeur peut envahir ultérieurement. Mais le plus souvent elle est isolée et le diagnostic clinique est difficile.

Il peut être fait au cours de l'intervention, qui permet parfois de reconnaître le tissu glandulaire, mais le plus souvent c'est l'examen histologique de la tumeur qui détermine son origine.

Tumeur du prolongement pharyngien. — La tumeur du prolongement pharyngien se manifeste vite par une douleur pharyngée intense, irradiée au cou, à l'oreille, une dysphagie rapidement considérable, et parfois de la dysphonie et de la dyspnée.

Accessible à l'examen endobuccal, elle est perçue sous la forme d'une masse dure, qui bombe dans le pharynx. La muqueuse souple au début ne tarde pas à se fixer et s'indurer ; l'amygdale, les piliers sont refoulés, puis envahis. Le voile du palais est souvent hémiparésié. Le nerf laryngé peut être atteint.

L'envahissement se fait du côté de l'amygdale, des gouttières pharyngo-laryngées, en imposant parfois pour un cancer primitif de l'amygdale.

L'ulcération de la muqueuse et des bourgeons néoplasiques se complique toujours d'infection secondaire, qui entraîne rapidement la mort.

Tumeur du pôle inférieur. — Celle-ci est exceptionnelle, la tumeur est alors moins nettement enclavée dans l'échancrure rétro-maxillaire et empiète plus ou moins sur la région carotidienne. Son diagnostic est alors plus difficile, c'est dans ce cas que l'envahissement du pavillon de l'oreille fait défaut.

L'extension peut se faire vers la loge sous-maxillaire.

Tumeurs bi-latérales. — Les tumeurs bi-latérales sont très rares, cependant, un ou deux cas en ont été signalés.

Dans tous ces cas, le diagnostic très difficile n'est souvent tranché que par l'examen microscopique.

VI. — Formes symptomatiques

Les tumeurs malignes de la parotide n'évoluent pas toujours avec leur symptomatologie complète ; la prédominance d'un symptôme qui paraît, à première vue, unique, leur donne parfois un aspect particulier.

Forme paralytique. — La scène clinique est parfois uniquement constituée par une paralysie faciale survenue brusquement sans cause apparente. C'est en recherchant attentivement et méthodiquement l'origine de cette paralysie que le palper de la fosse rétro-maxillaire, combiné au toucher pharyngien, permettra de déceler l'existence d'une glande dure et rétractée.

D'autres fois, la paralysie faciale sera associée à la paralysie d'un ou plusieurs nerfs de l'espace rétro-parotidien. Le syndrome de COLLET et BONNET qui doit être considéré comme pathognomonique tranchera le diagnostic. Mais tous les autres syndromes peuvent être troublants, cependant il est vrai que leur existence nécessite une extension du cancer assez grande pour que la tumeur soit rapidement découverte.

Forme ganglionnaire. — Dans certains cas, l'adénopathie est considérable et retient seule l'attention ; elle constitue une tumeur en apparence unique, et dont l'origine est difficile à déterminer. C'est en pra-

tiquant l'examen systématique de tous les organes relevant du territoire lymphatique où elle apparaît, qu'on trouve dans la glande le noyau épithélial originel.

Souvent aussi on ne trouve rien, et c'est en pratiquant l'ablation de la masse ganglionnaire qu'on est conduit jusque sur la parotide, origine de la tumeur.

Forme aiguë inflammatoire. — Lorsque l'évolution du cancer est très rapide, il peut en imposer pour une affection inflammatoire : la tumeur grossit de jour en jour, accompagnée de signes fonctionnels brutaux : douleur violente et lancinante, trismus marqué, paralysie faciale, dysphagie, dyspnée. L'état général est tout de suite atteint. La peau rapidement envahie est rouge et chaude, les masses encéphaloïdes molles donnent une sensation d'empâtement, parfois de pseudo-fluctuation. Dès le début se manifeste une lymphangite néoplasique marquée, accompagnée d'adénopathie rapidement volumineuse.

Dans ce cas, l'aspect pseudo-phlegmoneux de la tumeur, les caractères de l'adénopathie, l'acuité des signes fonctionnels et la rapidité de l'évolution rendent le diagnostic de cancer à peu près impossible et il est arrivé que la tumeur, prise pour une tumeur inflammatoire, ait été ponctionnée au bistouri. Les fongosités qui se sont échappées de l'incision ont tranché le diagnostic.

C'est en quelque sorte une parotidite carcinomateuse tout à fait analogue à la mastite carcinomateuse du sein.

Elle entraîne fatalement une mort rapide.

VII. — Formes de récédive

La récédive des tumeurs parotidiennes extirpées est très fréquente, soit qu'il s'agisse de tumeurs mixtes évoluant vers la malignité sous l'influence du traumatisme opératoire, soit qu'il s'agisse de tumeurs primitivement malignes dont l'exérèse totale est toujours très difficile.

Elle se manifeste plus ou moins précocement après l'intervention, parfois avant la cicatrisation complète de la plaie opératoire, parfois très tardivement, quelques mois ou quelques années après : mais elle est d'autant plus rapide que la tumeur était plus maligne.

Les métastases peuvent apparaître :

1°. Au niveau de la cicatrice, sous la forme carcinomateuse encéphaloïde, ou avec l'apparence d'un squirrhe diffus ;

2°. Au niveau des prolongements de la glande incomplètement extirpés, se manifestant avec une symptomatologie pharyngée, jugale ou sous-maxillaire, suivant leur siège ;

3°. Au niveau des organes lymphatiques, le plus souvent d'un ganglion passé inaperçu.

Elles évoluent comme les tumeurs malignes, mais avec une rapidité plus grande encore. On doit donc toujours revoir avec beaucoup de soin les malades opérés ; chercher systématiquement les noyaux de récédive possible aux points que nous venons de signaler ; attacher une grande importance à la reprise

de troubles fonctionnels comme la douleur, la dysphagie, etc... se méfier de toute défaillance suspecte de l'état général.

Enfin, l'ouverture des voies sanguines et lymphatiques lors de l'intervention, peut amener la généralisation du néoplasme.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic des tumeurs malignes de la parotide est en général facile. Il est rare de voir les malades avant la période d'état où l'asymétrie de la face résultant à la fois de la déformation parotidienne et de la paralysie faciale, saute aux yeux.

L'aspect de la tumeur, enchassée dans le creux rétro-maxillaire et soulevant le lobe de l'oreille, sa fixité sur les plans profonds, son adhérence à la peau qui est rouge, infiltrée, avec parfois des ulcérations fongueuses caractéristiques, sa consistance irrégulière, les caractères de l'adénopathie qui l'accompagne presque toujours, sont autant d'éléments qui imposent le diagnostic.

Celui-ci est encore confirmé par la date d'apparition relativement récente des symptômes, par les troubles fonctionnels concomitants (paralysie faciale, gêne de la mastication et de la déglutition, douleur)

et les perturbations profondes de l'état général en relation avec la tumeur.

Mais dans certains cas, la symptomatologie est moins complète et le diagnostic moins évident. Il peut se poser devant une tumeur évoluant avec des signes fonctionnels discrets, ou encore une adénopathie sans origine évidente, une douleur que rien n'explique, une paralysie faciale brusque, une tumeur de la joue ou du pharynx, enfin d'une lésion pseudo-phlegmoneuse du cou. Nous allons voir, dans tous ces cas, les affections avec lesquelles on doit discuter un diagnostic.

La tumeur peut être isolée, sans signe fonctionnel évident, et, en face d'elle, se pose une triple question : la parotide est-elle en jeu ? A-t-on affaire à une tumeur ou à quelque autre affection de la glande ? S'il y a tumeur, quelle est sa nature ?

1°. TUMEUR EXTRA-PAROTIDIENNE. — Le siège de la tumeur dans le creux parotidien, immédiatement au-dessous du conduit auditif, sa fixité sur les plans profonds, sa consistance dure, irrégulière, ses contours mal délimités, permettent d'éliminer rapidement les tumeurs bénignes du cou.

Le lipome, qui est plus superficiel, toujours encapsulé, de consistance molle et lobulée, est facilement mobile et d'évolution bénigne.

Le fibrome, se développe surtout dans la nuque, rarement dans la région parotidienne, ne plonge pas dans l'échancrure rétro-maxillaire, et présente des contours nets.

L'angiome et les *kystes sanguins* sont exceptionnels et facilement reconnaissables.

Les anévrysmes sont différenciés par leurs battements, leur souffle et leur expansion systoliques et surtout par le retard et l'affaiblissement du pouls au niveau de la temporale.

L'adénolipomatose, plus généralisée est retrouvée sur de nombreux points de l'organisme.

Le lymphadénome atteint tout le système lymphatique : ganglions, rate, moelle osseuse.

L'adénite chronique, non spécifique, très limitée, laisse reconnaître facilement le ganglion atteint.

Plus difficile est le diagnostic avec des tumeurs malignes ganglionnaires, musculaires et cutanées, qui peuvent envahir secondairement la parotide et simuler une tumeur de la glande.

Le lymphosarcome en particulier, surtout si son siège est élevée, peut faire saillir la région parotidienne, et même soulever le lobe de l'oreille ; en général, cependant, il est plus nettement carotidien. Il faut alors s'attacher à préciser par l'interrogatoire le siège de la nodosité initiale, la topographie des irradiations douloureuses qui sont moins souvent propagées à la tempe que dans les tumeurs parotidiennes, la dysphagie et la dyspnée par envahissement. On doit essayer de rechercher les limites profondes du néoplasme et pratiquer un toucher pharyngien. Mais dans nombre de cas, il est impossible de faire le diagnostic que seule une biopsie peut trancher.

L'épithélioma branchial est plus nettement sous-angulo-maxillaire que l'épithélioma parotidien. Il évolue avec des douleurs vives, irradiées vers le cou et le bras. Trop bas pour soulever le lobe de l'oreille, il ne peut

être confondu qu'avec une tumeur du pôle inférieur de la parotide et là encore, c'est la biopsie qui déterminera l'origine glandulaire ou non du néoplasme.

La tumeur mélanique, tant qu'elle est superficielle, est facilement diagnostiquée, mais en face d'un mélarome atteignant à la fois la parotide et les téguments, il est souvent difficile de déterminer le point de départ de cette tumeur.

Enfin, certaines tumeurs inflammatoires d'évolution lente peuvent être confondues avec des néoplasmes parotidiens torpides, ce sont :

Le phlegmon ligneux du cou qui peut simuler le squirrhe diffus. Comme lui, il crée un blindage de la peau qui est rouge, adhérente à une plaque indurée sous-jacente, peu douloureux ; il ne suppure pas pendant de longues semaines, et peut entraîner une atteinte profonde de l'état général. Par contre, il n'ulcère pas la peau comme le squirrhe, son siège est en général moins élevé, son évolution moins rapidement maligne, sans douleur, et sans les paralysies de compression nerveuse du squirrhe.

L'adénite chronique tuberculeuse, dans sa forme lymphadénome d'accroissement rapide, évolue chez des individus plus jeunes dont l'état général est moins touché, chez lesquels on trouve d'autres ganglions, ou des cicatrices d'écrouelles, et qui présentent d'autres stigmates de tuberculose.

L'adénite syphilitique est extrêmement rare, le diagnostic s'appuie sur les antécédents, la réaction de Wassermann, et le traitement d'épreuve.

L'actinomyose peut aussi simuler un squirrhe ; elle se manifeste sous forme d'une plaque indurée, ligneuse, avec des limites diffuses. Mais le trismus est toujours très rapidement marqué ; il n'y a pas d'adénopathie ni de troubles de l'état général, elle se fistulise et la présence de grains jaunes caractéristiques affirme le diagnostic.

2°. AFFECTIONS PAROTIDIENNES. — Nous éliminons tout de suite les inflammations aiguës avec lesquelles le diagnostic ne se pose pas.

Les tumeurs inflammatoires sont exceptionnelles : elles apparaissent insidieusement et simulent absolument une tumeur maligne. Il est à peu près impossible d'éviter l'erreur de diagnostic, seul l'examen microscopique peut le trancher. Ce fait n'a du reste pas une grande importance. Le traitement étant dans les deux cas l'extirpation totale de la tumeur.

La tuberculose est très rare au niveau de la parotide, et cette rareté fait que le diagnostic n'a pour ainsi dire jamais été posé. Il ne peut être certain qu'après examen microscopique et inoculation au cobaye.

La syphilis, sous forme de syphilome ou de gomme, peut être confondue avec une tumeur ; il faut tenir un grand compte des antécédents du malade, de la coexistence d'autres lésions syphilitiques, pratiquer un Wassermann, et faire un traitement d'épreuve.

L'actinomyose peut simuler à s'y méprendre une tumeur parotidienne ; elle est cependant plus rare, s'accompagne d'un trismus plus marqué, de signes

d'infection du côté du canal de Stennon, et ne tarde pas à s'ouvrir à la peau par de nombreux foyers suppurés, intermittents, et dans lesquels on doit rechercher et trouver les grains jaunes caractéristiques.

3°. DIAGNOSTIC AVEC LES AUTRES TUMEURS PAROTIDIENNES. — Les tumeurs bénignes parotidiennes de consistance variable suivant leur nature (angiomes, lipomes, adénomes, tumeurs mixtes), se distinguent des tumeurs malignes par leur mobilité, la netteté de leurs contours, l'absence de signes fonctionnels, l'intégrité de l'état général.

Dans tous les cas où on se trouve en face d'une tumeur parotidienne, il faut rechercher soigneusement tous les signes de malignité possibles : la douleur, la paralysie faciale surtout, qui ne se rencontre pas dans les tumeurs bénignes, l'adhérence aux tissus voisins, les adénopathies, la défaillance de l'état général.

La date d'apparition des symptômes a une importance capitale, l'évolution ne dépasse pas une durée de deux ans dans les tumeurs malignes ; si elle est plus longue on a vraisemblablement affaire à une tumeur mixte.

Un seul point est délicat, c'est de savoir si une tumeur, en général volumineuse est, ou non, en voie de transformation maligne. Là les signes fonctionnels peuvent être très réduits si la dégénérescence attaque un point de la tumeur éloigné de son pédicule d'implantation. Cependant l'accroissement plus rapide de volume, l'apparition de douleurs plus vives, sont d'ex-

cellents signes de malignité et dans tous les cas la biopsie lève les doutes.

Enfin il faut rechercher soigneusement les signes d'extension de la tumeur hors de sa loge, la topographie des lésions commandant la thérapeutique comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Mais comme nous l'avons dit, le diagnostic peut se poser, non plus en face d'une tumeur mais en face d'un signe fonctionnel isolé.

La *paralysie faciale* est souvent le signe de début d'un squirrhe, mais comme on la rencontre dans nombre d'affections plus fréquentes que les tumeurs malignes de la parotide, on ne pourra affirmer ce diagnostic qu'après avoir éliminé les autres.

Il faut, en particulier, rechercher soigneusement toutes les affections de l'oreille susceptibles d'intéresser le facial : otites aiguës ou chroniques, atteintes de l'oreille moyenne s'accompagnant de labyrinthite ou de mastoïdite, cholestéatome, zone otitique.

La paralysie faciale *a frigore* doit faire soupçonner plusieurs affections. Moins fréquente qu'on ne le croyait précédemment, elle est souvent une manifestation syphilitique ou encéphalitique, dont il faut rechercher l'origine dans les antécédents et l'examen général du malade. Plus rarement il s'agira de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ou de tumeur du rocher dont on relèvera d'autres symptômes.

Mais il ne faut pas s'exagérer la difficulté de diagnostic étiologique qu'offre la paralysie faciale dans les tumeurs parotidiennes. Le plus souvent, en effet, il suffira d'y penser et le palper de la région paroti-

dienne combiné au toucher pharyngien permettra de déceler le noyau néoplasique.

Le syndrome pharyngien s'observe dans les tumeurs du prolongement interne de la glande. Il se traduit par une douleur irradiée vers l'oreille, par une dysphagie progressive et parfois accompagnée de dyspnée. Le toucher pharyngien met en évidence une tumeur qui refoule la muqueuse, l'amygdale, le voile du palais. Lorsque ces organes sont envahis, parfois ulcérés et bourgeonnants, le diagnostic doit se discuter avec une tumeur de l'amygdale ou du pharynx. Il est souvent impossible si la biopsie ne vient pas lever tous les doutes.

Enfin, au niveau de la joue, une tumeur du prolongement antérieur peut être confondue avec une adénopathie génienne dont il faudra toujours rechercher la porte d'entrée, un kyste de la joue, tumeur toujours bien limitée, lisse et encapsulée ; un abcès froid, une gomme syphilitique de diagnostic facile ; ou encore d'une tumeur maligne de la région massétérine. C'est souvent en intervenant sur cette tumeur que l'on constatera son siège sur le prolongement antérieur de la parotide, diagnostic qui sera confirmé par l'examen histologique.

CHAPITRE VI

Traitement

Les anciens auteurs ont étudié le traitement des tumeurs de la région parotidienne bien avant de rechercher leur origine exacte et leur nature. Toutes les observations recueillies dans la thèse d'Auguste Bérard en font foi ; et lui-même n'a individualisé et classé les tumeurs de la glande parotide que pour mieux étayer son étude thérapeutique.

Un seul traitement semblait alors logiquement s'imposer : l'exérèse ; mais cette exérèse a été longtemps discutée, surtout en ce qui concerne les tumeurs malignes. Certains auteurs, comme Verneuil et ses élèves, défavorablement impressionnés par les mauvais résultats (mort, récidives) de cette thérapeutique, étaient nettement abstentionnistes. Il en était de même des auteurs des traités classiques, qui s'opposaient à l'extirpation des tumeurs préconisée par Maisonneuve et Gensoul. Cette longue discussion fut close

par J.-L. Faure qui, à la suite d'études anatomiques rigoureuses, décrivit une technique précise d'exérèse.

Au début du xx^e siècle, l'application des agents physiques, électricité, rayons X, radium, au traitement des tumeurs, est venue apporter, en même temps qu'une thérapeutique nouvelle, un nouveau sujet de discussion sur l'emploi de ces agents et leur association aux méthodes chirurgicales.

I. - Traitement prophylactique

Un seul fait étiologique semble vraiment précis : l'existence d'une tumeur mixte de la parotide favorise, et même souvent, détermine, la dégénérescence néoplasique de la glande.

Il faut donc, toutes les fois qu'on les rencontre, enlever les tumeurs mixtes. Et encore faut-il les enlever complètement pour éviter les récives malignes qui sont, en quelque sorte, de règle après exérèse insuffisante.

Le traitement prophylactique des tumeurs malignes sera donc l'exérèse large de la tumeur bénigne, suivie d'une irradiation par les rayons X ou le radium, si quelque point de la tumeur semble suspect.

L'état général doit être surveillé, la syphilis traitée lorsqu'elle existe, les causes d'inflammation chroniques supprimées.

II. - Traitement curatif

Son but est de supprimer la tumeur et les ganglions qui en dépendent avant la phase de généralisation.

Ce but peut être atteint actuellement, soit par la chirurgie, soit par l'application des agents physiques, soit par la combinaison de ces deux méthodes.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical, comme nous l'avons dit plus haut, a été longtemps discuté.

A côté de ces difficultés d'ordre anatomique (étroitesse de la voie d'accès, proximité d'organes vasculaires et nerveux importants, adhérences normales et pathologiques aux cloisons de la loge parotidienne, prolongements glandulaires difficilement accessibles), l'absence d'anesthésie et d'asepsie, l'insuffisance des moyens d'hémostase, rendaient l'exérèse de la parotide très périlleuse. Il est extrêmement impressionnant de lire aujourd'hui le récit imagé des interventions rapportées par les anciens auteurs.

Dans sa thèse de concours, Auguste Bérard insiste sur toutes ces difficultés; il montre la nécessité de préparer des « boulettes de charpie », des « plumasseaux » imbibés de liquides astringents, et même des « cautères chauffés à blanc » pour assurer l'hémos-

tase au cours de l'intervention; il cite tous les instruments indispensables pour pénétrer dans cette étroite cavité, dont un scapel à manche plat, pour séparer la tumeur des vaisseaux du cou sans les léser.

Il décrit ensuite le protocole opératoire:

1° *Incision de la peau sur une ligne longitudinale*, en T ou en X, suivant le volume de la tumeur, si les téguments ne sont pas adhérents. Incision circonscrivant la tumeur, si les téguments sont envahis.

2° *Dissection de la tumeur en sectionnant les adhérences* et en opérant une traction sur la tumeur avec les doigts en raison de sa friabilité.

Au cours de cette dissection, il faudra éviter l'introduction d'air dans la veine jugulaire externe en exerçant sur cette veine une pression digitale si elle est blessée, l'ouverture de l'artère faciale et des vaisseaux du cou.

Les ligatures seront faites au fur et à mesure des sections vasculaires.

Le prolongement pharyngien difficilement accessible ne sera sectionné qu'après la ligature pour éviter les hémorragies fréquentes lors de son ablation.

3° *Examen de la tumeur et de la cavité opératoire* pour s'assurer qu'aucun tissu suspect n'a été laissé en place. Auguste Bérard recommande même de gratter la cavité avec les ongles pour que son nettoyage soit plus complet.

Il considère comme inutile la ligature préventive de la carotide externe, qu'il suffit de comprimer de temps en temps pour éviter l'hémorragie. Malgaigne et Monod partagent sa manière de voir, mais ces

auteurs sont en contradiction avec Sédillot et Verneuil qui préconisent la ligature préventive de la carotide externe, et dans certains cas même, de la carotide primitive.

La section du nerf facial était considérée inévitable par la plupart des auteurs.

Comme on le voit, les chirurgiens étaient alors beaucoup plus préoccupés des dangers à éviter que de l'exérèse totale des lésions, l'ablation large n'avait même pas été envisagée par eux, et leurs interventions étaient presque toujours insuffisantes, comme Tillaux s'était attaché à le démontrer. Pour lui, l'exérèse ne peut être complète sans intéresser presque fatalement la jugulaire interne, la carotide interne et les nerfs de l'espace rétroparotidien. La mortalité était donc très grande et les récidives nombreuses.

Ces constatations décourageaient presque tous les chirurgiens, lorsque Jean-Louis Faure montra, à la suite de sérieuses études anatomiques, la possibilité d'extirper totalement la parotide, sans léser les gros vaisseaux, dans tous les cas où une extension trop large de la tumeur ne met pas obstacle à toute intervention, et où « il est raisonnablement permis de tenter de l'extirper en un seul bloc ».

La technique de Jean-Louis Faure est caractérisée par :

— La résection du rebord postérieur du maxillaire, ouvrant une large voie d'accès sur la région parotidienne;

— La ligature méthodique des pédicules parotidiens;

— L'exérèse extra-capsulaire de la glande, empiétant sur les régions voisines au niveau des zones adhérentes.

Elle comporte 7 temps :

Premier temps : Incision et dissection des lambeaux. — Incision en T. La branche verticale passant au ras du tragus, commence à 3 ou 4 c/m au-dessus du zygoma pour descendre jusqu'à 1 c/m au-dessous de l'angle de la mâchoire ; la branche horizontale élevée perpendiculairement sur la première, passe à un travers de doigt au-dessous de l'arcade zygomatique, et se prolonge en avant jusqu'au niveau de l'extrémité du prolongement antérieur.

Dissection des lambeaux et hémostase rapide.

Deuxième temps : Dissection de la partie antéro-inférieure. — Section entre deux pinces du pédicule antérieur (canal de Stenon d'artère transversale de la face).

Le prolongement antérieur est disséqué et basculé en arrière.

Dissection de l'extrémité inférieure qui est libérée de la bandelette maxillaire et décollée en arrière. On arrive d'abord à un pédicule veineux, puis à la jugulaire externe, qui sont successivement sectionnés et ligaturés. Plus en arrière, on tombe sur la zone d'adhérence sterno-mastoïdienne, et on passe au bistouri dans la gaine du muscle jusqu'à la pointe de la mastoïde.

Troisième temps : Décollement de la face profonde et ligature du pédicule carotidien. — Le décollement est facile jusqu'au niveau du muscle stylo-hyoïdien

où le doigt arrêté sent battre l'artère carotide externe, qu'on sectionne entre deux ligatures, avant de compléter le décollement jusqu'à la pointe de l'apophyse styloïde.

Quatrième temps : Dissection de la région supérieure. — Deux pinces glissées sur le rebord du col du condyle saisissent facilement la pédicule veineux extra-condylien qui est sectionné entre elles. On décolle alors prudemment, pour ne pas déchirer la capsule, le ligament postérieur de l'articulation temporo-maxillaire, de la glande. Puis le pédicule temporal chargé sur une aiguille mousse glissée le long de la branche horizontale du zygoma est sectionné entre deux ligatures.

Cinquième temps : Résection du bord postérieur de la branche montante. — On rugine le bord postérieur de l'os sur une largeur d'un bon centimètre, puis on l'échancre à la pince-gouge, en commençant à 2 c/m au-dessus de l'angle, pour arriver à 15 m/m au-dessous du cartilage articulaire. Profonde de plus de 1 c/m au début, l'échancrure se rétrécit de bas en haut. Elle donne un large jour sur le pédicule sous-condylien et le prolongement glandulaire qui l'accompagne.

Sixième temps : Section du pédicule sous-condylien et dégagement du prolongement pharyngien. — Le pédicule chargé sur une aiguille mousse est sectionné entre deux ligatures. Le prolongement pharyngien est facilement dégagé au doigt.

Septième temps : Dissection du bord postérieur. — La glande est séparée au bistouri de l'apophyse mas-

toïde, le pédicule auriculaire lié. Puis on décolle le conduit auditif et, rabattant la glande en bas en avant, on découvre le pédicule stylo-mastoïdien qui est sectionné.

Hémostase, suture des téguments, drainage au point déclive.

Cette technique cependant bien réglée présente des inconvénients: c'est une parotidectomie simple qui laisse en place les ganglions généralement envahis par la tumeur. De plus, le fait de respecter l'articulation temporo-maxillaire expose à laisser des débris néoplasiques à son contact, et l'angle de la mâchoire est souvent déjà altéré.

C'est pourquoi Morestin avait proposé de modifier la technique de J.-L. Faure en pratiquant la résection totale de la branche montante. Mais l'exérèse ainsi conçue ne répondait pas encore aux besoins thérapeutiques: les ganglions n'étaient pas enlevés et la résection maxillaire étendue au delà de ce qui était utile.

C'est pourquoi Bérard et Leriche se sont efforcés en 1906 d'établir une technique opératoire, permettant une exérèse élargie en un bloc de la tumeur et des ganglions, l'ablation de toutes les parties osseuses et articulaires suspectes, le décollement facile de la face postérieure de la glande, la section primitive du pédicule facial.

La technique de L. Bérard et R. Leriche comporte cinq temps :

Premier temps : Incision en T. — La branche verticale commence à 3 c. m au-dessus de l'arcade zygo-

matique et descend en rasant le tragus jusqu'au-dessous de l'os hyoïde. La branche horizontale, légèrement courbe, se détache de la branche verticale au niveau de l'angle de la mâchoire et s'étend jusqu'au milieu de la région sous-maxillaire.

Cette incision permet l'évidement de la loge sous-maxillaire, de la région carotidienne et la ligature de la carotide externe.

Deuxième temps : Ligature de la carotide externe et dissection de la chaîne ganglionnaire. — Ligature de la carotide externe dans l'angle inférieur de la plaie. Dissection des ganglions de bas en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire. Evidement de la loge sous-maxillaire dont le contenu est rejeté en bloc en arrière avec les ganglions cervicaux. Puis la dissection est poursuivie jusqu'au dessus du bord inférieur du maxillaire.

Troisième temps : Libération de la parotide d'arrière en avant. — Section du conduit auditif que l'on rejette en arrière. Dégagement du bord postérieur de la parotide en rasant au bistouri le cartilage du conduit auditif, la mastoïde et le sterno-mastoïdien.

Le facial, qui apparaît à 1 c/m 5 de profondeur, à un travers de doigt au-dessous du milieu du conduit auditif, est sectionné.

On décolle alors facilement avec le doigt la face interne de la parotide qui peut être basculée en avant.

Quatrième temps : Résection condylomarginale et libération antéro-interne de la parotide. — On rugine la face externe de la branche montante en refoulant le masseter, et sa face interne, en détachant le pte-

rygoïdien interne. Puis une scie de Gigli passant par l'échancrure sigmoïde détache tout le bord postérieur de la branche montante.

La tumeur est alors sectionnée en deux ; la masse antérieure, plus volumineuse, est refoulée en avant avec le masseter et le canal de Stenon.

Le fragment osseux est rabattu en arrière, la capsule articulaire sectionnée au ras de l'occipital, ce qui permet de basculer davantage le fragment osseux et de découvrir le pterygoïdien interne, le pédicule sous-condylien et le prolongement pharyngien de la glande. La libération se fait facilement à ciel ouvert. On revient alors à la masse principale de la tumeur, on détache d'elle le masseter, et on poursuit la dissection du prolongement antérieur jusqu'au buccinateur.

Le canal de Stenon est sectionné. La peau libérée si elle est saine.

Cinquième temps : Hémostase et suture. — Drain au point déclive. Mèche dans la cavité.

Cette technique proposée par Bérard et Leriche est toujours suivie dans ses grandes lignes pour pratiquer actuellement l'exérèse des cancers parotidiens. Cependant, elle a encore été élargie au cours de ces dernières années, de manière à répondre mieux à la demande des lésions et à s'adapter plus étroitement aux conditions anatomo-cliniques des tumeurs. Bérard et Creyssel ont publié récemment la technique moderne de la parotidectomie avec curage ganglionnaire cervical, nous la rapportons ici telle qu'ils l'ont décrite.

« 1^o OPÉRATION TYPIQUE. — Son but est d'enlever en bloc, en un temps, la totalité de la glande parotide et la chaîne ganglionnaire cervicale du côté opéré. Elle peut être pratiquée sous anesthésie loco-régionale.

Les temps opératoires sont au nombre de cinq.

Premier temps : Incision. — Elle comprend deux branches: a) l'une verticale préauriculaire, part de 3 c/m environ au-dessus de l'arcade zygomatique, rase le tragus, passe en arrière de l'angle de la mâchoire et se prolonge en bas jusqu'à la clavicule, suivant le tracé de l'incision pour le curage des ganglions carotidiens; b) l'autre, horizontale, légèrement courbe, part de la première ou la rejoint, à hauteur de l'angle du maxillaire inférieur, passe à 1 c/m environ au-dessus du rebord de cet os et s'arrête, ou commence, au delà du milieu de la région sous-maxillaire.

Dans les cas exceptionnels où l'on voudrait dissimuler la partie supérieure de l'incision, on pourrait la faire, passer non en avant du tragus, mais derrière le pavillon de l'oreille. De même dans les cas très fréquents où la peau est envahie sur une certaine étendue, l'incision est dédoublée au niveau de la zone envahie, pour la circonscrire et l'enlever en masse avec les parties profondes.

Deuxième temps : Ligature de la carotide externe et dissection de la chaîne ganglionnaire cervicale. — Ce temps ne présente rien de spécial, la chaîne est disséquée de bas en haut dans la région carotidienne, et d'avant en arrière, au niveau de la loge sous-maxillaire, après section du sterno-cléido-mastoïdien,

et s'il y a lieu, de la jugulaire externe, à sa partie inférieure entre deux ligatures; la carotide externe est liée et sectionnée au-dessus de la naissance de l'artère thyroïdienne supérieure. La masse ganglionnaire est rejetée en bloc en arrière et en haut, la libération est poursuivie sur le pôle inférieur de la parotide jusqu'à deux travers de doigt du bord inférieur du maxillaire, en ménageant le ventre postérieur du digastrique et le grand hypoglosse. La partie inférieure de la plaie cervicale peut être, dès ce moment, suturée.

Troisième temps : Libération de la parotide d'arrière en avant ; section du facial. — Il faut alors se porter sur l'oreille; au bistouri on coupe franchement, d'avant en arrière (inversement si l'on fait l'incision esthétique), le conduit auditif cartilagineux, qui est rejeté en arrière avec le lambeau cutané postérieur. On peut alors dégager la partie toute postérieure de la parotide sans oublier le prolongement généralement assez marqué qui vient se loger sous le conduit auditif, jusqu'au dessous du sterno-cléido-mastoïdien et vers la mastoïde; ce temps est très facultatif; lorsqu'on résèque le sterno-cléido-mastoïdien, on la désinsère alors au ras de la mastoïde, et on la rejette en avant avec la masse glandulaire, si on veut le conserver, il faut l'entamer en haut, pénétrant dans sa gaine, en raison de l'adhérence constante de la glande à celle-ci. De même, au niveau du conduit auditif, on devra raser de très près le cartilage qui parfois doit être partiellement réséqué. A 1 c/m ou à 1 c/m 5 de profondeur, à un travers de doigt du conduit auditif, on aperçoit alors le tronc du facial;

ce tronc est coupé franchement et dès lors la parotide toute entière se laisse facilement décoller au doigt et rejeter en avant.

Quatrième temps : libération antéro-interne de la glande; résection condylo-marginale. — A ce moment, la parotide ne tient plus qu'en avant, au niveau de son prolongement pharyngien et du pédicule sous-condylien, enfin en haut, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Il est alors facile, par décollement du lambeau cutané antérieur, d'aller lier et sectionner aussi loin qu'on veut le pédicule du canal de Sténon et de l'artère transversale de la face. Le prolongement antérieur de la glande est ainsi aisément libéré d'avant en arrière, sur le masséter que l'on peut, au besoin, entamer, jusqu'au bord postérieur de la branche montante.

On pourrait alors, et cette technique est réalisable de façon satisfaisante en un certain nombre de cas, contourner simplement ce bord postérieur, séparer en haut la glande de la capsule, en rasant celle-ci au bistouri, et aller libérer péniblement en dedant du maxillaire la face antéro-interne de la glande et le prolongement pharyngien. Mais cette technique, outre les difficultés d'accès sur le pédicule sous-condylien et les parties profondes, expose, on l'a vu, à blesser l'articulation temporo-maxillaire, ou à laisser à son niveau des lésions néoplasiques. C'est pourquoi, en général, il est plus simple, plus pratique et plus rapide de pratiquer à ce moment la résection *condylo-marginale*.

Rapidement, on rugine la face externe et interne

de la branche montante, au niveau de la moitié postérieure, en rejetant en avant masséter et ptérygoïdien interne. On passe une scie de Gigli ou une scie à chaîne par l'échancrure sigmoïde, et rapidement on abat toute la marge postérieure de la branche montante qui ne tient plus à la parotide et à la base du crâne que par la capsule articulaire et l'insertion du ptérygoïdien externe.

Renversant alors de dedans en dehors et d'avant en arrière ce fragment osseux, on sectionne l'insertion du ptérygoïdien externe, puis on coupe au ras de l'os temporal la capsule articulaire, dont la plus grande partie vient avec le condyle, emportant avec elle le ménisque. On peut alors aisément, à ciel ouvert, refoulant en arrière l'os réséqué et la masse néoplasique dont il est solidaire, lier et sectionner le pédicule sous-condylien, libérer le prolongement pharyngien, ruginer en haut les quelques adhérences qui unissent encore la glande à la paroi supérieure de la loge. La glande parotide bascule alors en dehors, ne tenant plus que par la carotide externe, qui émerge du bord supérieur du digastrique; pour ménager ce muscle et le nerf grand hypoglosse, on sectionne de nouveau l'artère au bord supérieur du digastrique; il reste, si la jugulaire a été sacrifiée, à sectionner au-dessous d'une ligature son bout supérieur pour emporter en bloc la parotide, les ganglions cervicaux, le sterno-mastoïdien et le tronc jugulaire réséqué.

Cinquième temps : Hémostase ; suture. — L'hémostase est alors complétée par ligature des vaisseaux pincés en cours de route (maxillaire interne, tempo-

rales superficielles et profondes, stylo-mastoïdienne, auriculaire postérieure, veinules péricondyliennes, etc.). La plaie est suturée très exactement au niveau du conduit auditif et au niveau du cou. La partie moyenne, lorsqu'il n'y a plus assez de peau à son niveau, peut être recouverte d'un volet cutané pris par glissement de voisinage. Il est prudent de laisser, outre un drain au point déclive, une mèche de tamponnement dans la cavité.

2° MODIFICATIONS DE LA TECHNIQUE SUIVANT LES LÉSIONS ANATOMIQUES. — La technique ci-dessus décrite, réalisable dans un grand nombre de cas, évite le seul reproche dont était passible l'opération de Bérard et Leriche: la section en deux parties de la masse néoplasique après le temps de résection osseuse, pour faciliter, en rejetant la masse principale en avant, la libération et l'exérèse du prolongement pharyngien. Il est bien évident pourtant que dans certains cas particulièrement difficiles, cette section, malgré ses inconvénients d'inoculation possible (il suffit pour les éviter de changer de bistouri après ce temps), restera légitime et pourra rendre plus aisée la dissection des parties profondes. A l'opposé, au contraire, il est des cas, où les conditions anatomiques de la loge parotidienne, plus largement ouverts qu'à l'état normal, la limitation des lésions encore encapsulées, permettront de mener à bien l'opération en évitant toute résection osseuse. Il est enfin des cas où, en raison de l'état général le curetage ganglionnaire sera fait dans un temps opératoire spécial, l'opération se limitant à l'exérèse de la parotide,

après ligature de la carotide externe, sous le digastrique. Mais à côté des cas où cette parotidectomie idéale, respectant, sauf en avant, les parois de la loge glandulaire, est possible, il en est où ces parois sont, en quelque sorte, envahies par la prolifération néoplasique. Grâce à la possibilité de compléter, par l'action des agents physiques, une intervention théoriquement moins satisfaisante, ces cas peuvent, aujourd'hui, bénéficier d'une parotidectomie encore plus élargie, faite « à la demande des lésions » et qui peut, suivant le sens d'extension de celles-ci, amener à réséquer partiellement l'apophyse mastoïde, l'arcade zygomatique, à sacrifier l'oreille et le muscle temporal, etc. La résection unilatérale de la jugulaire interne, redoutée des anciens auteurs, est aujourd'hui couramment pratiquée dans les opérations cervicales; elle pourra rendre possible l'exérèse de lésions étendues à la paroi postérieure de la loge. Seule la carotide interne doit être ménagée à tout prix, et marquer la limite de l'opérabilité dans cette direction. »

Dans tous les cas l'exérèse totale d'une tumeur parotidienne impose la section du nerf facial et quelques chirurgiens ont cherché à pallier à cet inconvénient.

Quelques-uns ont tenté la suture immédiate (Vincent, 1911, Picquet, 1912), ce qui ne présente pas un très grand intérêt car les résections sont toujours trop larges pour que la suture soit possible.

D'autres comme Leriche (1920), et Monikoff (1924), se sont attachés, non pas à rétablir la fonction du

nerf, mais à lutter contre le plus gros inconvénient de la paralysie faciale : l'ouverture permanente de la paupière. Ils sont arrivés à améliorer l'occlusion palpébrale en réséquant le ganglion sympathique cervical supérieur, résection facile au cours de la parotidectomie.

Enfin, des myoplasties utilisant le masseter ont été pratiquées à la fois dans le but d'améliorer les fonctions de la commissure labiale, et de rétablir dans la mesure du possible la symétrie de la face.

Traitement par les agents physiques

La destruction des tumeurs parotidiennes par les agents physiques a été tentée, il y a fort longtemps, par les anciens auteurs. Desault et Chopart, en particuliers, préconisaient l'action des caustiques appliqués, soit directement sur la tumeur, soit dans la cavité d'exérèse pour achever la destruction des tissus suspects. Mais cette méthode fut reconnue insuffisante et même dangereuse par la majorité des chirurgiens et complètement abandonnée. Il en fut de même pour la destruction des tumeurs, par le thermocautère, et, pendant plus d'un siècle, le traitement des cancers parotidiens fut essentiellement chirurgical.

La découverte des courants de haute fréquence, celle des rayons X et du radium, viennent actuellement poser de nouvelles indications thérapeutiques. Nous étudierons successivement ces méthodes et

nous montrerons les cas où leur application peut être la plus favorable.

Succédant au thermo-cautère, la fulguration qui permettait la destruction plus précise des points suspects a été relativement peu employée pour les tumeurs parotidiennes. On en retrouve quelques observations très rares entre autres celles de Desplats et Duret (1908) et de Bilhaut (1909), qui avaient complété par la fulguration leurs interventions chirurgicales.

Actuellement, les courants de haute fréquence appliqués non plus selon la méthode de Keating Heart, mais en électro-coagulation peuvent rendre encore des services pour retoucher ça et là la cavité opératoire. Cependant ces méthodes sont peu employées, notoirement insuffisantes, et présentent de plus l'inconvénient d'attaquer aussi bien les tissus sains que les tissus envahis par la tumeur. On leur a donc rapidement préféré l'action élective des rayons X et du radium sur les cellules néoplasiques.

Indications thérapeutiques

La radiothérapie est peu employée dans le traitement des tumeurs malignes de parotide, pour deux raisons primordiales: la première est l'inefficacité fréquente des rayons X sur l'épithélioma parotidien, épithélioma glandulaire qui n'est pas sensible à la radiothérapie comme les épithéliomas ectodermiques.

La seconde est l'opérabilité fréquente de ces tumeurs qu'on arrive de plus en plus à voir et à traiter avant leur phase d'extension.

Nous donnerons la technique employée au Centre Anticancéreux, les documents nous ayant fait défaut pour baser cette étude sur d'autres observations.

On soumet la tumeur à plusieurs séances d'irradiations espacées de deux jours en deux jours pour totaliser en dix jours au maximum la dose de 15 à 17 H. Les rayons sont émis par un tube Coolidge plongé dans l'huile et soumis à une tension constante de 200.000 volts.

Les rayons filtrés par 50/10 de cuivre et 2 mm. d'aluminium sont localisés sur une seule porte d'entrée de 12 cm./12 cm.

Les irradiations étant pratiquées, en général, après une parotidectomie plus ou moins large, la fragilité des tissus interdit de les soumettre à l'action de doses plus considérables. D'autre part, la méthode des feux croisés est excessivement difficile à réaliser dans cette région.

Aucun de nos malades n'a présenté d'accident allant plus loin qu'une simple rougeur de la peau, et une sécheresse transitoire de la bouche assez pénible, mais inévitable.

Les suites ont été simples, mais nous n'avons pas relevé de guérison complète dans les cas où la radiothérapie seule a été employée.

Nous n'avons jamais exposé les tumeurs à des irradiations non filtrées. En effet, dans ce cas, les troubles trophiques et les nécroses du cartilage de

l'oreille seraient inévitable. Il serait difficile de détruire les tissus profonds de la tumeur sans entraîner le sphacèle avec toutes ses conséquences: hémorragie secondaire, impossibilité de réparation. Enfin, en cas d'échec, aucune intervention chirurgicale ne pourrait plus être tentée dans ces tissus de vie précaire.

Nous voyons donc que la radiothérapie ne peut pas donner à elle seule des résultats satisfaisants; elle est seulement un auxiliaire précieux au traitement chirurgical.

Radiumthérapie

L'application du radium au traitement des néoplasmes a été systématiquement pratiquée par Dominici et Rubens Duval, en 1907.

Peu après, en 1909, Wickham et Degrais publiaient la première observation des tumeurs parotidiennes traitées suivant la nouvelle méthode. Depuis, le radium a été employé sous toutes ses formes et appliqué, suivant des techniques variées à la thérapeutique des cancers de la parotide.

Pendant longtemps, les auteurs ont préconisé l'introduction des tubes de radium dans la masse même de la tumeur, après ligature de la carotide externe. Abbé, en 1911, Bérard et Mme Moutet, en 1914, Weill, en 1916, Leclerc, en 1921, en rapportent plusieurs observations. En 1917, Dominici, dans la thèse de son élève Roche, montre sa préférence pour cette méthode d'inclusion, et signale plusieurs succès thérapeutiques qui lui sont dus.

Cependant, en général, les auteurs s'accordent à trouver que la curiethérapie isolée ne réalise pas les guérisons qu'on pouvait en attendre, tandis qu'au contraire, elle apportait une aide efficace au traitement chirurgical. C'est à cette conclusion qu'étaient arrivés Bérard et Dunet, en 1928, Burrows la même année.

Toutes les formes de traitement ont été employées. On a tenté de mettre le radium en contact direct avec les tissus néoplasiques, en injectant dans la tumeur des solutions de sulfate de radium (Dominici, Faure, Beaulieu). On a constaté que les douleurs étaient nettement moins vives, mais que la tumeur ne subsistait aucune régression, la dose du radium étant insuffisante à provoquer sa destruction. Il a donc été nécessaire de recourir à des doses plus massives et d'appliquer des appareils radifères.

Appareils radifères

Ce sont, soit des plaques de métal, sur lesquelles le sel de radium est fixé par un verni, soit des tubes en argent ou en platine qui contiennent du sulfate ou du bromure de radium à des doses variant de 10 à 100 milligr.

Les plaques sont à peu près inutilisées.

Les tubes renferment, en général, 25 milligr. de sel, c'est-à-dire 13,6 milligr. de radium élément, ou 100 microcuries détruites en 1 heure.

D'autres, plus petits, ne renferment que 6,8 milligr. de radium-élément. Enfin, on dispose d'aiguilles

construites sur le même principe que les tubes, et donnant 10 à 20 microcuries détruites par heure.

Modes d'applications

Les tubes peuvent être inclus dans la tumeur ou disposés à sa surface.

Les irradiations par inclusion peuvent être très utiles dans d'autres régions. Elles sont difficiles au niveau de la parotide. On doit, en effet, les disposer de telle sorte que l'irradiation de la tumeur soit bien homogène, et les tubes assez loin des vaisseaux pour ne pas avoir à craindre d'hémorragie par sphacèle de leurs parois. On leur préfère donc l'application externe sur appareil moulé.

Les irradiations par appareil moulé externe.

Cette méthode a acquis la première place dans la technique de la radiothérapie; elle a le mérite de permettre l'application d'une quantité de radium aussi considérable qu'on le juge nécessaire, sur des surfaces d'étendues extrêmement variables, et dans les régions les plus diverses. De plus, il est facile de faire pénétrer les rayons plus ou moins profondément, en espaçant convenablement les tubes de la peau, par des épaisseurs interposées de cire ou de feutre. On peut ainsi soumettre les tumeurs à des radiations homogènes calculées suivant la surface de tissus à détruire (1,5 millicuries par cm. 2 environ). On arrive alors à réaliser des destructions massives de 300 à 600 millicuries dans un temps ne dépassant pas 15 jours.

Les appareils sont, en général, bien tolérés, surtout si leur application n'est pas continue (10 à 12 heures par jour sont suffisantes). Faciles à déplacer, ils permettent de surveiller l'état de la peau et les lésions néoplasiques.

Mais, comme nous l'avons dit, la curiethérapie est en général associée au traitement chirurgical.

La curiethérapie pré-opératoire doit être rejetée. Il y a toujours des inconvénients à intervenir sur une région déjà irradiée, et elle est peu employée.

La curiethérapie post-opératoire peut s'appliquer, soit immédiatement, sous forme de tubes isolés des parois de la cavité par une enveloppe de caoutchouc et un tamponnement de gaze, soit par application d'un masque de cire. En général, on attend que la plaie opératoire soit en voie de cicatrisation pour employer un appareil moulé.

Indications thérapeutiques

Il est très difficile de préciser dans l'état actuel de la thérapeutique par les agents physiques quelles sont les indications de ces divers traitements. Les résultats en sont extrêmement variables, suivant les cas traités et rien dans l'examen histologique de la tumeur ne permet d'établir un pronostic.

C'est pourquoi, toutes les fois que l'étendue des lésions et l'état général du malade le permettent, il est préférable d'avoir recours au traitement chirurgical, complété ou non, par une irradiation ultérieure.

re. La conduite du chirurgien sera uniquement commandée par la forme anatomo-clinique des lésions.

Nous envisagerons, à cet effet, plusieurs cas schématiques :

1° *Cancer parotidien n'ayant pas dépassé la loge, sans adénopathie cervicale perceptible.*

Le traitement comporte trois actes principaux.

a) Exérèse large de la tumeur suivant la technique ci-dessus décrite, avec ablation de la peau si cela est nécessaire;

b) Curage ganglionnaire cervical complet du côté de la tumeur. Ce curage doit descendre jusqu'au niveau de la clavicule et s'accompagne le plus souvent de résection du sterno-cleïdo-mastoïdien. On le pratique en même temps que la parotidectomie, ou une quinzaine de jours après, suivant l'état général du malade;

c) Traitement complémentaire par les agents physiques. C'est une irradiation par rayons X ou une application de radium :

Radiothérapie profonde: 15 à 20 heures en 10 jours par une seule porte d'entrée.

Curiethérapie: masque de cire de 6 à 7 cm. d'épaisseur, recouvrant toute la région, de la tempe à la clavicule, le nombre des tubes étant calculé pour détruire 300 à 600 millicuries en 15 jours.

2° *Cancer avec extension au delà des parois de la loge, mais sans atteinte des organes de la loge retro-parotidienne et sans envahissement pharyngé.*

Là encore; l'exérèse doit être tentée; on ne peut lui décrire de technique exacte; l'évidement sera éten-

du aussi largement que possible, à la demande des lésions; elle nécessite parfois des résections osseuses (maxillaire, arcade zygomatique, apophyse mastoïde).

On pratique une application de radium directement dans la cavité opératoire où elle est maintenue par un tamponnement serré, ou extérieurement par un masque de cire dépassant largement la région suspecte.

La cicatrisation doit être surveillée: il faut réséquer à la pince gouge les séquestres osseux, détruire les bourgeons suspects par l'électro-coagulation, hâter la cicatrisation par des effluages.

Parfois on aura intérêt à combler la perte de substance par des greffes, mais le plus souvent, on sera obligé de recourir à la protection d'appareils prothétiques.

3° *Cancer avec compression des organes profonds, envahissement de l'espace rétro-parotidien, extension cutanée en plaque.*

L'intervention chirurgicale est impossible.

Radium.

4° *Formes avec métastases ou adénopathies à distance.*

Le traitement médical est seul possible. Au traitement symptomatique on ajoutera un traitement général par les sels de magnésie et l'arsenic. Parfois la trachéotomie ou la gastrostomie seront indiquées.

5° *Formes récidivées.*

Après traitement chirurgical: Si la récurrence est limitée, on intervient de nouveau avant de soumet-

tre les lésions à un traitement par les agents physiques.

Après radiothérapie: l'intervention chirurgicale se ferait dans de très mauvaises conditions, on la rejette. La radiothérapie est contre-indiquée; mais, là où les rayons X ont échoué, le radium peut faire merveille.

Après curiethérapie: la chirurgie seule peut être une dernière ressource, toutes les autres thérapeutiques étant impuissantes.

Résultats

Ils sont assez encourageants et nettement meilleurs que ceux que nous avons relevés dans la littérature.

Sur 29 malades vus au Centre Anti-Cancéreux et dont nous rapportons les observations, 5 ont été amenés trop tardivement pour bénéficier d'un traitement et ont été renvoyés.

Des 24 malades qui nous restent nous retronchons 10 cas trop récents pour être retenus.

Il nous reste donc 14 cas traités depuis plus de trois ans.

Neuf sont morts:

1 cas après 4 ans.

1 cas après 3 ans.

1 cas après 2 ans.

6 cas après quelques mois.

Cinq sont encore vivants et cliniquement guéris:

1 cas après 6 ans.

2 cas après 5 ans.

1 cas après 4 ans.

1 cas après 3 ans.

Soit 33 % de guérison après 3 ans

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I

S... Célestin, 44 ans.

Vient consulter le 15 avril 1925 pour tumeur de la région parotidienne droite.

L'affection a débuté en février 1925 par l'apparition d'une tumeur parotidienne à la suite d'un abcès dentaire et de l'ablation des deux molaires supérieures droites. Cette tumeur a grossi rapidement sans phénomènes douloureux ni altération de l'état général.

Examen: Tumeur située immédiatement en avant du tragus, du volume d'une prune, soulevant la peau qui est saine d'aspect. Pas de trismus, pas de paralysie faciale.

A la palpation, tumeur lisse, de dureté moyenne, mobile sous les téguments et sur les plans profonds. Gros ganglion mobile, dur, non douloureux, dans la région sous-maxillaire.

Le 16 février, incision sur la tumeur qui est énucléée assez facilement. Suites simples.

Examen histologique (Docteur Dunet) : Lympho-sarcome de la parotide.

Actuellement guéri. Excellent état général et local. Cicatrice invisible. Pas de paralysie faciale.

OBSERVATION II

C... Raymond, 76 ans.

Vient à la consultation le 6 avril 1924 pour tumeur ulcérée de la parotide droite.

L'affection aurait débuté 4 mois avant par une tumeur qui aurait progressivement atteint le volume actuel pour s'ulcérer depuis peu de temps .

A l'examen, on note, en effet, l'existence d'une tumeur ulcérée située au-dessous du lobe de l'oreille droite, mobile sur les plans profonds, et ne s'accompagnant d'aucune adénopathie perceptible.

Etat général médiocre.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire métatypique.

Le 10 avril 1924: ablation de la tumeur qui fait actuellement partie de la parotide.

Application d'un masque de cire de 4 cm. d'épaisseur, avec 6 tubes de radium de 13,2, pendant 6 jours. (43,2 millicuries détruites).

La guérison obtenue se maintient jusqu'en août 1925. A cette date, apparaît sur la cicatrice un petit nodule qui augmente rapidement de volume et s'ulcère au bout d'un mois, mais le malade ne vient consulter qu'en janvier 1926.

A cette date: Bon état général. Pas d'amaigrissement. Légère dysphagie. Quelques douleurs irradiées dans la moitié droite de la tête.

Localement, tumeur du volume d'une mandarine, mo-

bile, violacée, ulcérée au centre, atteignant en arrière le tragus sans avoir envahi encore le pavillon.

Intervention: Le 26 janvier 1926 (Docteur Dunet). Ex-cision très large de la tumeur. La suture complète étant impossible, on rabat un lambeau musculaire pour couvrir les vaisseaux.

Cicatrisation normale par seconde intention.

Le 15 février 1928: Le malade fait dire qu'il est en excellente santé.

Le 8 janvier 1929: Revu en bon état local et général. Actuellement, état de santé toujours satisfaisant.

OBSERVATION III

R..., 57 ans.

Entre le 29 septembre 1926 pour néoplasme parotidien ayant envahi la joue et l'arcade zygomatique.

Cette affection aurait débuté il y a 8 ans par l'apparition d'une tumeur de la grosseur d'une bille roulant sous le doigt, dans la région parotidienne gauche.

Pas de douleur. Cette masse augmente progressivement de volume; des douleurs locales et irradiées sont apparues il y a 4 ou 5 mois.

A l'examen, le 29 septembre 1926: Tumeur irrégulière, recouverte par une peau violacée adhérente. La masse est de consistance ferme, sans être dure. Elle adhère à la peau et aux plans profonds. Sa palpation n'est pas douloureuse. Adénopathie carotidienne bi-latérale.

Pas de gêne de la déglutition. Pas de signes de paralysie faciale. Bon état général.

Biopsie pratiquée le 2 octobre 1926 (Docteur Dunet). Epithélioma malpighien à type baso-cellulaire, sans diffé-

renciation cornée. Stroma peu abondant. Les parties toutes superficielles de l'os enlevé sont envahies par la tumeur.

Intervention le 2 octobre 1926: Extirpation de la parotide avec large résection de la peau envahie, sur 5 cm. de large. Résection de l'apophyse zygomatique, résection condylo-marginale du maxillaire inférieur. Extirpation de 3 ganglions carotidiens. La brèche est comblée myoplastie (suture du temporal et masséter et du sternomastoïdien, et incomplètement recouverte par une autoplastie par glissement de la peau.

Suites opératoires simples.

Le 21 octobre 1926: Application d'un masque de cire de 15 tubes de 50 pendant 7 jours (126 millicuries détruites).

Le malade est revu plusieurs fois en 1926; le 8 décembre, il est en voie de cicatrisation complète. Il persiste seulement une petite perte de substance au niveau de la temporo-maxillaire, et un œdème de la région opératoire. Paralysie faciale complète.

Le 11 mai 1927. Il est revenu à nouveau; bourgeonnement pré-auriculaire sans ulcération. Infiltration blindée de toute la région gauche du cou et de la nuque.

Le 3 octobre 1927: Décès, après une période de vive souffrance.

OBSERVATION IV

A... *Pierre*, 70 ans. Entre à la clinique en juin 1924 pour tumeur mixte de la parotide dégénérée.

Pas de spécificité dans les antécédents.

La tumeur parotidienne existe depuis 15 ans: elle est apparue à cette date sous l'angle de la mâchoire, à gauche. Première intervention à cette date, suivie de la

persistance d'une fistule. Plusieurs années après, nouvelle intervention, une seconde tumeur étant apparue au même emplacement que la première. Suites normales, le malade ne constate plus rien jusqu'en 1923.

En 1923: Récidive de la tumeur. Celle-ci augmente rapidement de volume, envahit toute la région parotidienne gauche, adhère aux plans profonds, sans adhérer à la peau. Le malade est hospitalisé alors à Guéret, puis envoyé à Lyon, en juin 1924.

A cette date, à l'examen, la région parotidienne gauche est occupée par une tumeur non adhérente à la peau, dure, lobulée, non douloureuse, du volume d'une mandarine, étalée, fixée sur les plans profonds. Le malade se plaint de troubles de la mastication; il existe une paralysie faciale de type périphérique; pas de signe de compression vasculaire; pas d'adénopathie. Examen général négatif.

Il n'est pas fait de biopsie.

Le 7 juin 1924: Application sur la tumeur et les régions sous-maxillaire et carotidienne correspondante de 40 tubes de radium de 6, 8, avec 2 cm et demi d'épaisseur de cire, et 1 mm. de plomb. Ce masque laissé en place 9 jours (422,4 microcuries détruites).

Décès le 11 juillet 1924.

OBSERVATION V

T... Benoite, 72 ans.

Vient consulter le 3 février 1923, pour tumeur de la parotide droite.

Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle a débuté en 1922 par l'apparition d'une petite tumeur sous angulo-maxillaire droite. L'ablation de cette tumeur a été pratiquée à Saint-Etienne,

le 27 novembre 1922. Elle a été suivie d'une récursive rapide.

A l'examen: tumeur volumineuse au niveau de la région parotidienne droite, du volume d'une orange, de consistance molle, pseudo fluctuante, de limite peu nette. Paralysie faciale.

Le 9 février 1923: Application de 8 aiguilles de radium sur la tumeur. Cette application faite pendant 8 jours amène une rétrocession rapide.

Le 28 février: La tumeur a complètement fondu, mais la paralysie faciale persiste.

Le 12 juillet 1923: La malade revient en pleine récursive: masse du volume d'un marron, infiltrant les plans profonds.

Mise en place de 6 tubes de radium sur masque de cire de 2 cm. (57, 60 millicuries détruites.)

Biopsie; épithélioma très atypique simulant en certains points le sarcome. Monstruosité cellulaires nombreuses. Dégénérescences secondaires dues à l'application de radium. (Docteur Dunet.)

Le 18 septembre 1924, on apprend que la malade est en bonne santé. Que les douleurs ont disparu, et que la paralysie faciale a régressé.

En mai 1926, on apprend le décès de la malade, sans précision de cause ni de date.

OBSERVATION VI

B... Jean, 63 ans.

Entre le 14 mai 1926 pour tumeur de la région parotidienne droite.

Début clinique 2 mois et demi auparavant sous la forme d'une petite nodosité sous-angulo-maxillaire, sous-

cutanée, qui a progressivement augmenté de volume, sans douleur ni dysphagie, ni trouble salivaires.

L'examen montre une masse dure, très fixée en avant de la région parotidienne droite. Son volume est d'un petit poing; elle est indolore à la pression. La peau n'est pas adhérente à son niveau. Il n'y a ni paralysie faciale, ni adénopathie. On constate une zone d'anesthésie sur la moitié droite de la région sous-mentale.

Au toucher pharyngien, la tumeur dure, refoule la paroi latérale du naso-pharynx. Pas de biopsie.

Traitement médical.

Décès le 14 septembre 1926.

OBSERVATION VII

F... Clara, 82 ans.

Vient à la consultation le 10 mars 1924 pour tumeur de la parotide gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle aurait débuté en janvier 1923 par une tuméfaction au niveau de la parotide gauche.

A l'examen, le 10 mars 1924: La région parotidienne gauche est déformée par une tumeur volumineuse empiétant en avant sur la branche montante du maxillaire, soulevant un peu le lobe de l'oreille, se prolongeant en arrière vers le cou. Les téguments sont intacts, non adhérents. La palpation montre que la tumeur s'avance à deux travers de doigt en avant du tragus, et se prolonge en arrière au niveau du sterno-cléido mastoïdien, par une adénopathie très dure, adhérente à la tumeur principale, étendue jusqu'à deux travers de doigt en dessous du maxillaire. Parésie faciale. Pas de douleur. Bon état général. Examen endo-bucal négatif. Pas de biopsie.

12 mars 1924 (Docteur Santy): Application de 20 tubes

de radium sur masque de cire pendant 6 jours: 144 millicuries détruites.

23 avril 1924: Excellent état local. La tumeur est encore perceptible, mais seulement au niveau de la région rétro-angulaire. Elle a diminué de plus de moitié.

14 septembre 1924: On apprend que l'état de la malade s'est aggravé et que la tumeur a augmenté à nouveau de volume, entraînant des douleurs très vives .

Décès le 15 novembre 1924, le traitement n'ayant donné qu'une rémission de 3 mois.

OBSERVATION VIII

Mme D... Marie, 50 ans.

Entre le 8 février 1926 pour tumeur bourgeonnante de la parotide gauche.

Début clinique en 1925, par une petite tumeur apparue au-dessous du lobe de l'oreille gauche. Quelques douleurs névralgiques.

En 1925, octobre, à la suite d'une ponction, la tumeur se fistulise et des bourgeons apparaissent.

Infection secondaire diffuse du tissu cellulaire environnant. Paralysie du facial inférieur.

Examen histologique: Epithélioma très atypique, sans différenciation glandulaire, îlot néoplasique irrégulier complètement remanié par un stroma très inflammatoire.

Pas de traitement chirurgical ni physiothérapique.

Décès le 30 mai 1926, après une période de cachexie lente.

OBSERVATION IX

G... Claude, 55 ans.

Entre dans le service le 18 février 1927, pour tumeur de la parotide gauche.

Début clinique il y a 5 mois; sans antécédents pathologiques, par l'apparition au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche d'une tumeur du volume d'une petite bille, adhérente, douloureuse, et qui grossit rapidement.

A l'entrée, le malade se plaint depuis 15 jours de douleurs continues au niveau de la tumeur, irradiées dans la fosse temporale gauche, derrière le pavillon de l'oreille, et dans la fosse sous-maxillaire.

A l'examen: Tumeur du volume d'une grosse noix, à contours assez réguliers, de consistance uniformément dure, immobile sur les plans profonds, occupant la région parotidienne, et débordant sur la branche montante et l'articulation temporo-maxillaire. Peau adhérente rouge. Paralysie faciale légère. Pas d'adénopathie perceptible. Bon état général.

Intervention: le 24 février 1927. Extirpation large avec sacrifice du facial. Suites simples.

Examen histologique (Docteur Dunet) : Epithélioma glandulaire, stroma peu abondant.

Traitement complémentaire par radiothérapie. 15 H.

Le 14 décembre 1927: Le malade est revu, avec des signes de récurrence locale à la partie supérieure de la cicatrice. Adénopathie sous-maxillaire.

Le 17 décembre 1927: Evidemment carotidien et sous-maxillaire droit, avec résection de la jugulaire et du sterno-mastoidien.

Suites simples.

Décès le 7 février 1929.

OBSERVATION X

F... Ferdinand, 63 ans.

Envoyé à la consultation du Centre le 19 août 1924, pour tumeur de la parotide droite.

Début de l'affection actuelle en mai 1924 par tuméfaction dure, mobile, en avant de la branche montante du maxillaire droit. Cette tumeur grossit rapidement en même temps qu'apparaissent des ganglions sous-maxillaires. La tumeur jusque là indolore, devient sensible à la palpation et gêne la mastication.

A l'examen, le 19 août 1924: tumeur dure, étalée, développée au niveau du canal de Stenon, sans doute aux dépens du prolongement antérieur de la parotide.

La peau est mobile à son niveau. On peut mobiliser la tumeur sur les plans profonds. Gros ganglions sous-maxillaires droits. Pas de ganglion carotidien. Pas d'adénopathie à gauche.

Intervention, le 6 septembre 1924 (Docteur Wertheimer): Evidement sous-maxillaire droit. Dissection et ablation de la tumeur qui envahissait le pôle inférieur de la parotide. Résection du bord inférieur du maxillaire.

Suites opératoires: Trimus de cicatrisation, paralysie faciale intéressant les deux branches du nerf à droite.

Examen histologique (Docteur Dunet) : Epithélioma atypique.

A la fin du mois de septembre 1924: Traitement radiothérapique complémentaire, 25 H.

Décès en avril 1925, après phénomènes dysphagiques accentués.

OBSERVATION XI

Mme G..., née Durand 55 ans.

Vient à la consultation le 28 février 1925, pour tumeur de la parotide gauche.

L'affection actuelle — sans antécédents pathologiques — aurait débuté en janvier 1925 par l'apparition d'une nodosité au niveau de l'angle maxillaire gauche. Celle-ci a augmenté de volume en même temps qu'apparaissent des phénomènes douloureux.

A l'examen, le 28 février 1925: Tuméfaction de la parotide empiétant sur la branche montante du maxillaire et sur la région carotidienne ; elle soulève le lobe de l'oreille qu'elle repousse en arrière. A son niveau la peau est normale, sans troubles de la vascularisation. Au palper, la tumeur présente une consistance rénitente, des limites assez nettes; elle est mobile sur le plan osseux, n'adhère pas à la peau. Pas de signes de paralysie faciale.

Goître sans noyau induré, datant de l'âge de 8 ans.

Intervention, le 19 septembre 1925: Incision parotidienne; ablation d'une tumeur de consistance cartilagineuse avec point central ramolli. On a l'impression que cette ablation est incomplète.

Examen histologique: Epithélioma.

12 décembre 1925: La malade revient parce qu'il est apparu une tuméfaction située derrière le lobule de l'oreille, adhérent à cette tuméfaction.

Paralysie faciale gauche inférieure.

Deuxième intervention: Incision le long de la gaine des vaisseaux; ligature de la carotide externe et de la jugulaire externe; ablation large des lésions; suture cutanée incomplète à la partie supérieure.

30 décembre 1925: Application de 12 tubes de 6, 8 de radium sur masque de 2 cm. de cire, recouvrant les régions parotidienne, sous-maxillaire et carotidienne gauches. Durée 7 jours; 100,8 microcuries détruites.

Le 13 janvier 1928: La malade est revue ne présentant plus de cicatrice de radio-dermite.

Au mois de septembre 1929, on apprend le décès de la malade, survenu dans des conditions indéterminées.

OBSERVATION XII

C... Ferdinand, 65 ans.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 25 février 1925 pour récurrence d'une tumeur parotidienne gauche. Déjà opéré à deux reprises il y a 20 ans et il y a un an.

Rien à signaler dans les antécédents en dehors de cette lésion. Nie toute spécificité.

L'affection actuelle date de 1905; à cette date, le Professeur Jaboulay a opéré le malade d'une tumeur parotidienne gauche limitée et mobile.

5 ans après: Apparition d'une nouvelle tumeur à la même place. Cette tumeur se développe progressivement.

En 1924, le malade est opéré par le Docteur Aurand pour épulis du maxillaire inférieur. Il subit en même temps un traitement radiothérapique sur la tumeur maxillaire (10 séances).

Le 24 octobre 1924: Le Docteur Delore pratique l'évidement complet de la loge parotidienne. Paralysie faciale et douleur dans la région temporale.

Le mois suivant: Apparition d'une tumeur à la face interne de la branche du maxillaire inférieur gauche, sous forme de nodules qui s'ulcèrent.

A l'examen, le 25 février 1925: Au niveau de la cicatrice de l'évidement parotidien, on perçoit 2 à 3 petits nodules sous-cutanés. Dans le creux sus-claviculaire gauche, 3 ou 4 ganglions durs, fixés, douloureux; 1 ganglion carotidien dur et mobile. Œdème jugal gauche, surtout à la partie inférieure, le long de la branche montante du maxillaire. Un peu de dureté du plancher bucal.

Traitement, le 6 mars 1925: Application d'un masque de 20 tubes de 6 milligr. 8 de radium sur 3 cm. de feutre, pendant 4 jours (96 millicuries détruites).

Examen histologique: Epithélioma d'origine glandulaire probable (Docteur Dunet).

Décès à une date indéterminée (mai 1926?).

OBSERVATION XIII

Mme A... C... Marie, 64 ans.

Entre dans le service le 17 janvier 1929, pour une tumeur parotidienne gauche.

Début: Sans signe fonctionnel, en mars 1928. L'ablation de la tumeur est pratiquée; il n'y a pas eu de paralysie faciale consécutive.

Dix jours après, apparaît une masse sous-angulo-maxillaire, qui grossit rapidement et pour laquelle elle vient consulter.

Examen: Tumeur du volume d'une grosse orange située dans la partie haute de la gaine carotidienne, et s'allongeant un peu vers la région sous-maxillaire. La tumeur un peu douloureuse est fixée aux plans profonds. On trouve quelques ganglions dans le creux sus-claviculaire droit, mais surtout un gros ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche.

Paralysie faciale gauche. Crasse sénile. B. W. légèrement positif. Amaigrissement de 5 kilos depuis octobre.

Intervention, le 21 janvier 1929 (Docteur Creyssel) : Incision circonscrivant la tumeur; en soulevant en masse le néoplasme, on constate que les deux carotides s'enfoncent dans la tumeur. On renonce donc à une ablation totale.

Examen histologique: Epithélioma parotidien métatypique. Le 21 février 1929: Désunion partielle de la plaie.

Bourgeonnement rapide après effluvage. Traitement radiothérapique, 15 H.

Au cours des séances, la malade se plaint de l'augmentation de sa dysphagie. L'examen montre alors une très grosse amygdale et un soulèvement marqué de la région sous-amygdalienne. La tumeur est rouge, dure, non ulcérée.

Le 27 février 1929: Noyau du volume d'une bille contre la mastoïde.

Décès après période de douleur et cachexie lente en mai 1929.

OBSERVATION XIV

Mme B. M... Victorine, 55 ans.

Entre à l'hôpital le 10 septembre 1923, pour tumeur de la parotide gauche. Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle date de 1918. A cette date, la malade a été opérée une première fois par le Docteur T..., pour tumeur de la parotide gauche.

Le 10 février 1918, récurrence rapide au mois de juin de la même année. Depuis quelques mois, modification de la tumeur qui augmente de volume en même temps qu'apparaît une paralysie faciale gauche.

Biopsie (Docteur Dunet): Epithélioma atypique de la parotide.

Le 14 septembre 1923: Application de 4 tubes de radium sur masque de cire pendant 4 jours (19,2 millicuries détruites). Depuis cette date, on a eu des nouvelles de la malade en 1926, 1928, et février 1929. Elle dit être en excellente santé.

OBSERVATION XV

J... François, 49 ans.

Le malade vient consulter le 29 mai 1918, pour une tumeur de la parotide gauche ayant débuté, il y a 9 mois, accompagnée de douleur à type névralgique.

En mars 1928, le malade a été opéré de parotidite (?) au Creusot. Cette opération a amené une sédation complète. Mais, depuis un mois, une nouvelle tumeur est apparue et au-dessous d'elle, une ulcération bourgeonnante qui s'agrandit progressivement.

Aucuns signes fonctionnel et général notables. Le malade a continué son travail jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Examen: Paralysie faciale. Tumeur ulcérée et bourgeonnante située en avant du pavillon. Cette tumeur adhère à tous les tissus voisins. Pas de ganglions perceptibles. Rien d'anormal à l'examen buccal.

Les lésions sont trop étendues pour tenter autre chose qu'un traitement médical.

Décès à une date indéterminée.

OBSERVATION XVI

Mme R..., née Pensier, 57 ans.

Entre le 10 novembre 1924, pour récurrence d'une tumeur parotidienne. Il y a 10 ans, cette malade qui ne présentait rien de particulier dans ses antécédents, a subi l'ablation d'une tumeur mixte de la parotide. Celle-ci a récidivé sur place avec augmentation progressive de volume sans troubles fonctionnels.

A l'examen: On note au niveau de la parotide droite, une masse du volume d'une mandarine, allongée, bilobée

et ombiliquée; la peau est violacée. A la palpation, c'est une tumeur ferme, la peau n'est pas adhérente, sauf au niveau de la cicatrice, pas de signe de paralysie faciale.

Le 14 novembre 1924, *intervention* (Professeur Bérard): Ablation large de la tumeur. Ligature de la jugulaire externe et des branches parotidiennes de la carotide externe.

Examen histologique de la pièce: Epithélioma glandulaire métatypique, avec réaction conjonctive à peine marquée.

Le 3 décembre 1924: Application d'un masque de radium: 11 tubes de 6 milligrammes 8 sur 4 cm. de cire, et 1 mm. de plomb (92 millicuries détruites).

Le 12 décembre 1924: Nouvelle application de radium: 8 tubes de 6 milligrammes 8, soit 32 millicuries 4.

La malade est revue à plusieurs reprises.

Le 4 mars 1925: On note que la peau est assouplie et qu'il persiste un peu d'œdème, et quelques douleurs irradiées dans la région temporale.

Le 28 octobre 1925: L'état est très satisfaisant, la cicatrice souple. La fermeture active des paupières est possible et complète.

Le 31 mars 1926: Etat général et local excellent.

Il en est de même le 14 novembre 1929.

OBSERVATION XVII

Mme B... M. Eugénie, 62 ans.

Vient à la consultation le 1^{er} décembre 1928, pour tumeur de la parotide gauche.

Début il y a 2 mois, par tumeur rétro-maxillaire gauche, évoluant sans signes fonctionnels. Devant l'augmentation de volume de la tumeur, la malade vient consulter.

Examen: Tumeur du volume d'une noix, dans la région

parotidienne gauche. Peau chaude, tendue, légèrement œdématisée. Palpation douloureuse. Adhérence aux plans profonds. Diminution de l'acuité auditive et trismus depuis une semaine. Pas de paralysie faciale. Ganglions sous-maxillaires et parotidiens nettement perceptibles. *Examen histologique*: Epithélioma atypique de la parotide.

13 et 14 décembre 1928: Traitement radiothérapique. 10 H.

Pas de nouvelles.

OBSERVATION XVIII

Mme P... Blanche, 37 ans.

Vient consulter le 17 octobre 1928, pour tumeur de la parotide gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

Début en 1927, par l'apparition d'un nodule induré gros comme un pois dans la région parotidienne gauche. Augmentation lente de volume jusqu'à il y a 4 ans où il atteint la grosseur d'une noix.

Des ponctions pratiquées à ce moment ne retirent que du sang, mais la croissance de la tumeur devient soudain plus rapide.

Examen: Tumeur ovoïde à grand axe vertical, s'étendant du pavillon de l'oreille qu'elle englobe jusqu'au dessous du bord inférieur du maxillaire. A son niveau, la peau est rouge, hypervascularisée. A la palpation, c'est une tumeur ferme, élastique, légèrement fixée à la peau et aux plans profonds. Pas de douleurs, pas de paralysie faciale.

Intervention, le 18 octobre 1928 (Professeur Bérard): Anesthésie générale. Incision arquée le long du bord du maxillaire, en avant du lobe de l'oreille. Dissection de

proche en proche des parois de la tumeur qui est encapsulée et se laisse facilement cliver. Au cours de cette dissection, la tumeur se rompt et il s'en échappe d'abondants bourgeons encéphaloïdes. Fermeture. Drainage aux crins.

Examen histologique: Epithélioma parotidien.

Le 19 août 1928: Excellent état local et général; paralysie du facial supérieur.

30 octobre 1928: Application d'un masque de cire avec 12 tubes de radium de 13,2 et 50 de 6,8 (288 millicuries détruites).

Actuellement, la malade est en bonne santé, sans signes de récurrence.

OBSERVATION XIX

R... J.-B., 45 ans.

Malade qui se présente à la consultation le 29 juin 1929, avec une tumeur parotidienne gauche.

Début, il y a deux ans. Six mois après le début de l'affection, le malade a subi un traitement radiothérapique à Saint-Etienne. A la suite du traitement, la tumeur aurait diminué de volume, puis augmenté depuis six mois jusqu'à s'ulcérer il y a un mois.

Examen: Tumeur en macaron, saillant, avec ulcération probablement dystrophique plutôt que néoplasique. Elle relève le lobe de l'oreille. Toute la loge parotidienne et la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien sont envahis. Les paquets vasculo-nerveux sont infiltrés.

Paralysie faciale inférieure gauche.

Pas d'éléments ganglionnaires indépendants de la masse de la tumeur.

B. W.: Positif.

Intervention (Professeur Bérard) : Ablation de la masse

ulcérée. On poursuit les lésions en bas, de façon à les dépasser largement. On est amené ainsi à lier la jugulaire interne et à disséquer d'assez près la carotide primitive qui ne paraît pas atteinte. La dissection est poussée aussi loin que possible, mais on se rend compte que, dans la profondeur, il doit rester de l'infiltration néoplasique dans la partie haute de la gaine du paquet vasculo-nerveux. Après avoir ramené tous les éléments musculaires au-devant de la carotide dénudée pour la protéger, on suture les téguments dans la mesure du possible, en laissant une perte de substance de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le 3 juillet : Réunion satisfaisante.

Le 26 juillet : Masque de 73 tubes de radium de 1,8 et de 9 tubes de 13,2 (668 millicuries détruites).

Examen histologique (Docteur Croizat) : Epithélioma parotidien atypique.

Le 28 octobre 1929 : Le malade écrit que son état général est bon, mais qu'il souffre beaucoup.

Pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION XX

D..., 50 ans.

Malade amené à la consultation, le 13 novembre 1928, avec une énorme tumeur de la parotide gauche.

Début il y a dix ans environ. Depuis un an, augmentation de volume considérable et fléchissement de l'état général tel que le malade ne quitte plus son lit.

A l'examen : C'est une énorme tumeur, largement implantée dans la région parotidienne et descendant en s'étalant sur l'épaule, le bras et l'hémi-thorax gauche, jusqu'au niveau du mamelon. Vers son pôle inférieur, elle présente un vaste foyer ulcéré, sphacélé, recouvert

de fongosités et de croutelles sanieuses, d'odeur fétide. Pas de signe d'envahissement des organes voisins.

Etat de cachexie tellement avancé que le malade meurt trois jours après son entrée dans le service, sans qu'on puisse tenter aucun traitement.

OBSERVATION XXI

R... Henriette, 35 ans.

Vient consulter, le 19 juillet 1928, pour tumeur parotidienne gauche.

Début en 1924 par une paralysie faciale gauche peu marquée, sans douleur. Une tumeur apparaît ensuite au niveau de la région massétérine, se prolongeant vers l'oreille et la mastoïde. Elle est dure, fixée. Son développement est rapide.

La malade fut traitée d'abord pour lymphatisme, puis pour ostéite du rocher.

A la suite d'une biopsie, elle a été traitée par douze séances de rayons X, sans que nous ayons de renseignements sur la nature de la tumeur.

Actuellement, elle présente une tumeur bourgeonnante de la région parotidienne gauche, reposant sur une base indurée, et une infiltration diffuse du sterno-cléido-mastoïdien. Elle se plaint de douleurs vives dans l'oreille, de surdité et d'otorrhée sanieuse.

Depuis un mois, paralysie du pharynx et des cordes vocales.

On l'envoie dans un service d'oto-rhino-laryngologie où elle meurt le 9 juin 1929, sans qu'on ait pu tenter de traitement.

OBSERVATION XXII

Mme B... V... Henriette, 81 ans.

Vient consulter le 25 avril 1929, pour une tumeur de la joue droite.

Antécédents : Il y a dix ans, la malade a présenté une tuméfaction douloureuse de la parotide droite, avec trismus. Il y a un an, la malade était déjà venue consulter pour un épithélioma de l'aile gauche du nez, guéri par feu nu, sans évidemment ganglionnaire.

Le 25 avril 1929 : On constate une guérison parfaite de l'épithélioma du nez. La cicatrice est souple et à peu près invisible.

La tumeur, apparue il y a quatre mois, atteint actuellement le volume d'une pomme ; sa consistance est régulière, uniformément dure ; elle est fixée aux plans profonds et semble développée aux dépens d'un prolongement antérieur de la parotide. Quelques douleurs peu marquées au niveau de la joue. Pas de névralgie. Pas de paralysie faciale.

Le 30 avril 1929, intervention (Docteur Creyssel) : Anesthésie locale. Incision circonscrivant la tumeur qui est disséquée d'avant en arrière. Résection à la demande de toute la tumeur et du masséter jusqu'à l'os. Le facial est sectionné.

On constate que la tumeur est nettement reliée en arrière à la parotide, par un pédicule glandulaire, mais il n'y a pas d'envahissement de la glande proprement dite. Section du prolongement antérieur au ras de la loge. Suture partielle. Tamponnement.

Examen histologique : Epithélioma parotidien atypique.

Le 8 mai 1929 : Bon état général. Plaie en voie de cicatrisation. Perte de substance de 4 cm. environ.

Le 11 mai : Application de radium sur masque de cire ; 4 tubes de 13,2 à la périphérie et 2 tubes de 6,8 au centre (34 millicuries détruites).

Le 19 novembre 1929 : La malade est soignée au Calvaire. Pas de nouvelles.

OBSERVATION XXIII

P... Joseph, 78 ans.

Vient consulter, le 29 août 1928, pour une tumeur apparue dix-huit mois auparavant dans la région rétro-maxillaire droite. Augmentation progressive et lente de la tumeur, sans troubles fonctionnels. Depuis trois mois l'augmentation de volume est plus rapide ; des douleurs irradiées à l'oreille et à la branche horizontale du maxillaire sont apparues ; la peau est devenue rouge et chaude ; le malade a beaucoup maigri.

Examen : Tumeur parotidienne du volume d'une grosse noix, adhérente à la peau et aux plans profonds ; consistance rénitente. Pas d'adénopathie. Pas de paralysie faciale.

Intervention le 1^{er} septembre 1928 (Docteur Creyssel) : Exérèse large de la tumeur.

Examen histologique : Epithélioma greffé sur une tumeur mixte.

20 septembre 1928 : Application d'un collier de radium, 17 tubes de 13,2 mg. et 9 tubes de 6,8 mg. dix heures par jour pendant vingt jours (187,5 millicuries détruites).

20 octobre 1929 : Le malade écrit qu'il est en excellente santé.

OBSERVATION XXIV

Mme C..., 55 ans.

Vient consulter, le 12 septembre 1929, pour tumeur de la région massétérine droite.

Le 13 septembre, on pratique l'ablation de cette tumeur.

Examen histologique: Epithélioma atypique d'origine parotidienne.

Le 10 mai 1929 : Excellent état actuel.

OBSERVATION XXV

G... Jules, 71 ans.

Entre, le 11 juin 1924, pour tumeur de la parotide gauche. Rien à signaler dans les antécédents.

L'affection actuelle aurait débuté environ six mois avant le premier examen à la clinique, sous forme d'une petite tumeur apparue dans la région sous-auriculaire, du volume d'une noisette, ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels. Cette tumeur a augmenté rapidement de volume, soulevant les téguments sans y adhérer.

A l'examen, le 11 juin, l'inspection montre une masse développée dans la région de la glande parotide gauche, dont le segment postérieur est infiltré. Elle soulève le lobe de l'oreille, présente un prolongement rétro-auriculaire. Téguments normaux. La palpation montre que la tumeur est constituée par une série de lobes confluents. Elle est dure, non dépressible, fixée sur les plans profonds. La peau est souple et mobile. Pas de signes de paralysie faciale. L'examen de la bouche et du pharynx est négatif. On trouve quelques petits ganglions dans la région parotidienne.

Biopsie : le 17 juin 1924. Epithélioma atypique formé de larges îlots cellulaires dont les cellules volumineuses s'organisent parfois en pseudo-lumière glandulaire, permettant de penser qu'il s'agit d'une tumeur d'origine glandulaire (Docteur Dunet).

Le 3 juin 1924 : Application d'un masque de 40 tubes de 6,8 pendant huit jours, avec 2 cm. 1/2 de cire et 1 mm. de plomb (384 millicuries détruites).

Décès en décembre 1924.

OBSERVATION XXVI

B... Charles, 57 ans.

Vient consulter le 13 janvier 1926, pour tuméfaction de la région parotidienne gauche.

Rien à signaler dans les antécédents, sauf un éthylysme avoué.

L'affection actuelle aurait débuté dix mois auparavant. A la suite d'une grippe, le malade aurait ressenti des douleurs irradiées à la moitié gauche de la tête, à la face et à la nuque. Ultérieurement apparaît une dysphagie. Hospitalisé une première fois en juin-juillet 1925, le malade ne subit aucun traitement. Devant la persistance des douleurs, il est envoyé au Centre en janvier 1926.

A l'entrée : Bon état général, douleurs violentes.

L'inspection montre une volumineuse tumeur déformant la moitié gauche de la face, à point culminant au niveau de la partie inférieure de la parotide. La peau est saine. Les plans sous-jacents paraissent largement envahis. La tumeur pousse un prolongement le long du paquet vasculo-nerveux du cou. Sa consistance est dure. Ses contours mal limités. Sa mobilisation impossible.

Examen endoscopique : Pas de paralysie laryngée.

Atrophie de la moitié gauche de la langue. Le voile se relève moins bien que de l'autre côté.

Le 21 janvier : à titre de traitement symptomatique, on pratique une section des nerfs du plexus cervical superficiel.

Biopsie : Epithélioma très atypique sans différenciation maligne ni glandulaire. Stroma conjonctif abondant, rappelle l'aspect histologique du branchiome (D^r Dunet).

Le 27 janvier : Alcoolisation de la branche postérieure du trijumeau, devant l'échec de la section nerveuse précédente.

Traitement radiothérapique : A titre symptomatique, quatorze H la masse semble diminuer. Les douleurs sont encore un peu atténuées.

Décès en août 1926.

OBSERVATION XXVII

D... Adrien, 52 ans, vient consulter, le 8 janvier 1925, pour récidence de tumeur de la région parotidienne droite, opérée en octobre 1924, à Valence. (Epithélioma glandulaire).

A l'entrée : Enorme masse parotidienne fixée à la peau et aux plans profonds. Dysphagie totale obligeant à pratiquer le 13 janvier 1925 une *gastrostomie*.

Décès le 21 janvier 1925.

OBSERVATION XXVIII

C... Rosalie, 46 ans.

Entre dans le service le 17 décembre 1928 pour une tumeur parotidienne apparue dix ans auparavant sous la forme d'une nodosité de la grosseur d'une tête d'épingle.

Augmentation lente de volume sans autres troubles fonctionnels que de légères douleurs névralgiques faciales et occipitales.

Examen : Tumeur arrondie du volume d'une noix, située dans la région rétro-maxillaire et soulevant le lobule de l'oreille. Sa consistance est ferme ; elle est un peu mobile sur les plans profonds, n'adhère pas à la peau. La palpation profonde est un peu douloureuse.

Quelques ganglions carotidiens.

Assez bon état général.

Le 18 décembre 1928 (Docteur Mallet-Guy) : Incision de la peau en arrière du lobe de l'oreille. On tombe sur un tissu dense, sans plan de clivage possible et où on prélève un fragment pour l'examen histologique.

Biopsie : Epithélioma atypique à gros lobules épithéliaux très riches en noyaux géants ou anormaux, sans formation sécrétante. Stroma peu abondant, infiltré de cellules inflammatoires.

3 janvier 1929 (Docteur Mallet-Guy) : Evidement de la loge parotidienne après ligature de la carotide externe et curage ganglionnaire. Paralysie faciale.

14 janvier 1929 (Docteur Colombet) : Application d'un masque radium avec 15 tubes de 13,2 à la périphérie et 2 tubes de 6,8 au centre (427 M. C. D.).

27 février 1929 et 13 mars 1929 : La malade est revue en pleine réaction de radiodermite avec dysphagie.

30 octobre 1919 : Etat général satisfaisant. Etat local : cicatrice souple mais encore un peu pigmentée et douloureuse. Petite plaque de nécrose au niveau de la conque. La palpation profonde ne révèle aucune trace de récurrence de la région parotidienne, ni des ganglions du cou. Trismus marqué.

18 décembre 1929 : Etat général satisfaisant.

Localement encore peu d'induration profonde, mais pas de récurrence. Les troubles dystrophiques persistent avec tendance à l'ulcération.

OBSERVATION XXIX

M... Fleury, 36 ans.

Entre dans le service, le 31 mars 1927, pour récurrence d'une tumeur mixte parotidienne opérée dix-huit ans auparavant.

Rien à signaler dans les antécédents.

A l'âge de 18 ans : apparition, au-dessous du lobe de l'oreille droite d'une petite nodosité sous-cutanée grosse comme un pois, et qui reste stationnaire pendant trois mois. On pratique alors l'exérèse de la tumeur.

Au bout de deux ans : elle récidive à la même place, augmentant lentement, mais progressivement de volume.

Examen : Tumeur étendue de 1 cm. au-dessous du lobe de l'oreille jusqu'à 2 cm. au-dessous de l'angle de la mâchoire, sur 3 cm. de large. La peau est normale. A la palpation, la tumeur est uniformément dure, de surface irrégulière, mobile sur les plans profonds et sous la peau. Pas d'adénopathie. Pas de paralysie faciale.

Le 9 avril : Le Docteur Guilleminet pratique, sous anesthésie locale, un évidement complet de la loge parotidienne.

Examen histologique (Docteur Dunet) : Tumeur mixte avec quelques points suspects d'épithélioma.

Le 30 avril 1927 : Traitement radiothérapique complémentaire, quinze H.

Le 31 octobre 1927 : Extirpation du ganglion cervical supérieur sympathique, pour corriger la paralysie faciale.

Malade actuellement guéri.

Conclusions

I

Les tumeurs malignes de la glande parotide longtemps confondues avec les tumeurs ganglionnaires, les inflammations glandulaires et les tumeurs des parties molles de la région parotidienne ont été individualisées seulement dans la seconde moitié du XIX^e siècle. C'est de la thèse d'Auguste BÉRARD (1841) que datent les premières études de ces lésions.

II

Relativement rares, mais sensiblement plus fréquentes que toutes les autres tumeurs malignes salivaires, les tumeurs malignes de la parotide sont pourtant moins souvent rencontrées que les tumeurs mixtes du même organe. Les notions étiologiques acquises sont très vagues, le traumatisme, l'inflammation chronique de la glande, semblent jouer un rôle favorisant, mais la seule cause prédisposante certaine est l'existence d'une tumeur mixte et fréquemment d'une tumeur mixte opérée trop économiquement.

III

Les symptômes de ces tumeurs sont classiques depuis les travaux fondamentaux de MICHAUX, encore que les traités classiques y insistent peu. Mais il nous a

semblé que, dans la pratique, ces symptômes n'ont pas toujours la valeur exacte qu'on leur donne habituellement ; en particulier la douleur, la paralysie faciale et l'envahissement du lobe de l'oreille ne sont pas pathognomoniques.

IV

Plus intéressante est l'étude des formes cliniques variées que peuvent présenter ces tumeurs. En effet, à côté des grands types anatomo-cliniques classiques : sarcome, tumeur mélanique, squirrhe atrophique et squirrhe diffus, cancer encéphaloïde, tumeur mixte dégénérée, il faut reconnaître des types plus rares, soit anatomo-cliniques (tumeurs des prolongements parotidiens antérieur, pharyngé inférieur), soit symptomatiques (formes ganglionnaire, inflammatoire aiguë, paralytique) qui peuvent poser des diagnostics plus délicats.

V

Souvent facile, en effet, par le seul examen des lésions locales, le diagnostic peut être difficile soit avec des tumeurs parotidiennes bénignes, surtout dans les formes de transition, soit encore avec des affections inflammatoires de la glande, soit enfin avec des lésions des ganglions des parties molles, soit même avec des lésions de l'amygdale, de la joue, etc... Dans les cas douteux, la biopsie précoce permettra d'éviter tout retard au traitement dont la conduite essentielle est d'être fait avant la phase d'extension excessive des lésions.

Vi

Toutes les méthodes thérapeutiques employées contre le cancer ont été successivement essayées au niveau du néoplasme parotidien. De ces méthodes, c'est encore l'exérèse chirurgicale large, étendue aux ganglions carotidiens du même côté, dont la possibilité a été montré par Jean-Louis FAURE et BÉRARD et LERICHE, qui donne les meilleurs résultats. Mais elle doit être adaptée aux conditions techniques de la chirurgie moderne, et complétée par une irradiation post-opératoire de la loge parotidienne et des territoires lymphatiques qui en dépendent.

VII

Traitées suivant ces principes et à une phase suffisamment précoce, les tumeurs malignes de la parotide peuvent donner des résultats thérapeutiques sensiblement meilleurs qu'on ne l'écrit classiquement. Chez les malades traités au Centre Anticancéreux, nous avons pu observer après trois ans, 33 % de survie.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERARD.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 6 Mai 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ABBE. — Sarcoma of the parotid treated by radium. *Ann. of Surgery*, 1911, LIV, p. 236.
- ADAMSON. — Tumors of the parotid involving the skin. *British J. of Dermat. Lond.*, 1918, XXX, p. 112.
- ALEZAIS et PEYRON. — Sur un épithélioma glandulaire de la parotide à évolution ectodermique. *Soc. de Biol.*, Paris, 1908, LXIV, p. 145.
- ALIX. — Observation touchant un squirrhe de la parotide. *Observata chirurgica fasc.*, I, p. 69, Altenburgi, 1774.
- ANAMENSKY. — Zur Casuistik der Endotheliome und der Sarcome der Parotis. *Deutsch. Zeitch. fur Chir.*, 1884, t. XIX, p. 218.
- ANCELOT. — Adénome de la région parotidienne. Ablation. Récidive locale. Généralisation probable. Mort. *Bull. Soc. Chir. de Paris*, 1869.
- AUGIER. — Epithélioma de la glande parotide d'origine canaliculaire. *J. des Sciences Méd. de Lille*, 1903, I, p. 263.
- AVERNOUS. — Un nouveau cas de tumeur volumineuse de la parotide (carcinome encéphaloïde). Extirpation. Guérison. *Arch. de Méd. nav.*, Paris, 1906, p. 321.
- BALME. — An enormous parotid tumor in a Chinese woman. *Brit. Méd. Journal*, 1912, I, p. 1292.
- BANKS. — Parotid tumors. *Liverpool Med. Chir. Journal*, 1903, XXIII, p. 403.

- BAUCHET. — De l'hypertrophie de la parotide. *Mém. Soc. Chir.* 1856, V, p. 289 ; *Bull. Soc. Chir.*, 1857, p. 544.
- BELOT. — Un cas de néoplasme de la fosse parotidienne traité par les hautes doses de rayons X pénétrants. *Soc. de Radiologie Méd. de France*, 1921.
- BEHREND. — Carcinoma of glands in region of Parotid gland. *Internat Clin.*, 1926, LV, p. 234.
- BENDI. — L'endothélioma maligno della parotide. *Morgagni*, Milano, 1919, LXI, p. 165.
- BÉRARD (A.). — Mémoire sur quelques tumeurs de la face. *Arch. Gén. de Méd.*, 1837, XIII, p. 403.
- Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne. *Thèse d'Agrégation de Méd. Op.*, Paris, 1841.
- BÉRARD (L.). — Epithélioma développé dans le prolongement antérieur de la parotide chez une enfant de 6 ans. Ablation de la tumeur et des ganglions. Guérison. *Lyon Médical*, 1904, p. 257.
- Deux nouveaux cas d'évidement de la loge parotidienne. Résection condylo-marginale postérieure du maxillaire inférieur. *Lyon Méd.*, 1906, p. 509.
- Traitement des tumeurs malignes de la parotide. Résection condylo marginale du maxillaire. *Lyon Méd.*, 1906, p. 391.
- BÉRARD et LERICHE. — De l'évidement de la loge parotidienne, avec résection condylo-marginale postérieure du maxillaire. *Rev. de Clin.*, décembre 1906.
- BÉRARD et Mme MOUTET. — Néoplasme parotidien inopérable, avec métastase traitée par le radium. *Lyon Chir.*, 1914, p. 651.
- BERTEIN. — Tumeur mixte de la parotide. Transformation sarcomateuse après traumatisme. Extirpation. *Lyon Méd.*, 1926, p. 263.
- BILHAUT. — Tumeur cancéreuse de la région parotidienne. Exérèse suivie de fulguration. Récidive rapide. *Ann. de Chir. et d'Orth.*, Paris 1909, XXII, p. 97.

- BOSC et JEANBRAU. — Recherches sur la nature des tumeurs mixtes de la parotide. *Arch. Prov. Méd.*, I, p. 29 et 349.
- BOYER. — *Maladies Chirurgicales*, tome VII.
- BRAAMBERGH. — De extirpatione glandulae parotidis et sub maxillaris. *Groningue*, 1829.
- BRANDES. — Sarcome de la parotide. *Frankf. Ztschr. für Path.*, 1920-1921, XXIV, p. 400.
- BRANLAT. — Histoire des tumeurs parotidiennes. *Thèse*, Paris 1874.
- BROCA. — Article Adénome du *Dictionnaire encyclopédique*.
- Tumeur de la parotide. *Bull. de la Soc. d'Anat. de Paris*, 1878.
- Sarcome parotidien. Propagation par une veine et un nerf. Repullulation rapide dans les poumons et dans le foie. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, Paris, 1875, p. 814.
- BUDDE. — Ueber einen Fall von Parotismischtumer mit Knochenmetastase. *Zubtralb. J. Chir.*, t. XLIX, n° 31, déc. 1922, p. 1888.
- BURROWS. — Notes on the treatement of recurrent endothelioma of the parotid gland. *Acta radiol.*, 1927, VI, p. 218.
- CALIENDO. — Il cancro della parotide. *Gaz. inter. di med.*, 1906, IX, p. 171.
- COYNE. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1894.
- CARMINCHAE. — Extirpation d'une tumeur du cou enveloppant la glande parotide. *Transaction of the Association of physicians in Ireland.*, vol. p. 101.
- CASSANELLO. — Sur le sarcome pur de la parotide. *Archivio Italiano di Chirurgia*, 1922, IV, p. 325.
- CAUBET. — Contribution à l'étude des syndromes paralytiques consécutifs aux tumeurs malignes de la parotide. *Thèse*, Bordeaux, 1924-1925.
- CAUCHOIS. — Epithélioma tubulé de la parotide. *Société d'Anat.*, 1872, p. 79.

- CEBALLOS et TORRES. — Mixosarcoma de la parotida tratado par la ablacion. *Rev. Ass. Méd. Argentin.*, 1915, t. XXIII, p. 1740.
- CHALIER. — Cancer de la parotide. Evidement complet de la loge parotidienne après ligature préalable de la carotide externe. *Lyon Médical*, 1909, p. 415.
- Tumeur maligne de la parotide très volumineuse. Extirpation large. *Lyon Méd.*, 1912, p. 682.
- CHARBONNEL. — Opération de P. Duval pour tumeur de la parotide. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1920, p. 617.
- CHAVANNAY et NADAL. — Dégénérescence épithéliomateuse probable d'une tumeur mixte parotidienne. *Rev. Hebdomadaire de Laryngologie*, Paris, 1910, t. II, p. 97.
- CHÉLIUS. — Extirpation de la Parotide Squirrheuse. *Tableau statistique de la Clinique de Chélius de 1830 à 1834*.
- CHIARI. — Cystosarcoma phyllodes de la Parotide avec Métastases pulmonaires. *Med. Jahrb. Wien.*, 1881, p. 1.
- CHRÉTIEN. — Article Parotide. *Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre*, 1885.
- COLLET et BONNET. — Le syndrome paralytique du cancer de la parotide. *Lyon Chir.*, 1923, p. 435.
- CULLERIER. — Observation sur la parotide squirrheuse. *Journ. de Méd.*, 1806, p. 156.
- CUNÉO et VEAU. — Sur l'origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciale. *Congrès Intern. de Médec.*, Paris, 1900.
- CURTIS et PHOCAS. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. *Arch. des Prov. Méd.*, 1899.
- DEAVER. — Carcinoma of. Parotid gland excision of gland recovery. *Intern. Clin.*, 1914, p. 165.
- DEAVER, BROCA et HARTMANN. — *Manuel de Pathologie externe*, 1888, t. II, p. 682.

- DEGEN. — Ein doppelseitiges Sarkom der Parotis. *Inaug. Diss. Fribourg*, 1900.
- DEGLAND. — Extirpation d'une glande parotide carcinomateuse. *Jour. de Méd.*, 1818, t. II, p. 145.
- DELAINI. — Di due sarcomi melanotici primitivi della parotide. *Riforma Medica*, 1910, t. XXVI, p. 792-796.
- DELANGLADE. — Epithélioma de la parotide. *Marseille Médical*, 1906, p. 724-732.
- DELBET. — Disparition d'un épithélioma parotidien inopérable sous l'influence d'injections d'une solution radio-active. *Bull. de l'Ass. pour l'Etude du Cancer*, 1911, p. 176.
- DELBET et HERRENSCHMIDT. — Tumeur mixte de la parotide. *Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1910, p. 41.
- DELBET, MOCQUOT, HERRENSCHMIDT et MOCK. — Essai de traitement des cancers inopérables par différents agents physiques et chimiques. *Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1914, p. 105.
- DELORME. — Article Parotide du *Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratique*, Paris 1878, t. XXVI, p. 158.
- DEMARQUAY. — Observations et considérations sur les tumeurs parotidiennes et leur ablation. *Union Médicale*, 1857, p. 403.
- Epithélioma de la Parotide. Extirpation et ablation de l'apophyse zygomatique. Guérison. *Gaz. des Hôp.*, 1860.
- DENUCÉ. — Cancers de la région parotidienne. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1849, p. 22.
- DESPLATS. — Un cas de tumeur maligne volumineuse et inopérable de la région parotidienne, opérée et fulgurée, qui présente actuellement les apparences de la guérison. *Journ. des Sc. Médic. de Lille*, 1908, p. 505.

- DESPRÉS. — *Diagnostic des Tumeurs*, p. 236.
- DOLBEAU. — Chondrome de la parotide. *Gaz. Hebd. de Méd et de Chir.*, 1858.
- DOOGE. — Zwei Falle von Carcinom der Parotis. *Thèse*, Fribourg, 1901.
- DUGUIED. — De l'extirpation de la parotide squirrheuse. *Thèse*, Paris, 1829.
- DUHAMEL. — Sarcome de la parotide. *Thèse*, Paris, 1900.
- DUPLAY. — Epithélioma de la parotide. *Prog. Méd.*, 1877, p. 263.
- DURET. — Un cas de cancer volumineux et ulcéré de la parotide. *Journ. de Sc. Méd. de Lille*, 1908, p. 487.
- EFREMOB. — Primares Lymphosarkom der Parotis. *Beitz. z. Path. Anat. u. z. Allg. Path.*, 1924-25, t. LXXIII, p. 486.
- EWING-MEARS. — Sarcome de la parotide. Extirpation. *Transact. of the College of Philadelphia*, 1876, t. II.
- FAURE (J.-L.). — Etude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord de la mâchoire. *Gaz. des Hôp.*, 1895, p. 353.
- FAVENC. — Tumeurs de la parotide. *Thèse*, Paris, 1856.
- FERRIEUX. — Valeur symptomatique de la paralysie faciale dans le cancer de la parotide. *Thèse*, Lyon, 1920.
- FIOLEY. — Tumeurs mixtes dans le prolongement pharyngé de la parotide. *Arch. Intern. de Laryngologie*, 1924, p. 3030.
- FLORENCE. — Un cas de tumeur de la parotide accessoire. *Arch. Gén. de Chirurgie*, 1910, n° 5, p. 465.
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité élémentaire de pathologie externe*, 1878.
- FORGUE et MASSABUAU. — Tumeurs de la parotide. *Province Méd.*, 15 février 1908 ; *Revue de Chir.*, septembre 1908.
- FORGUE et ROUX. — Tumeurs mixtes de la parotide. *Revue de Chir.*, Paris 1922, p. 181.

- FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
- FOUCHER. — Tumeur cancéreuse de la parotide et du maxillaire. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1850, p. 60.
- FRANCINI. — Tumori maligni della parotide e cura di essi con la parotidectomia totale. *Morgagni*, 1921, p. 207-228.
- FREDET et CHEVASSU. — Epithélioma branchial intra-parotidien. Contribution à l'étude anatomique des épithélioma de la parotide. *Bull. et Mémoire de la Société Anat.*, Paris, 1902, p. 621.
- GENSOUL. — Sur deux cas d'extirpation de la parotide. *Bull. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1851, p. 263.
- Extirpation de la parotide. *Cliniques*, t. II, n° 89.
- GOYRAND. — Extirpation de la glande parotide. *Gaz. des Hôp.*, 1839, p. 14 et 22.
- GRANDE. — Neoplasia della regione parotidea. *Gaz. intern. de Méd.*, 1912, p. 1136.
- GRIFFINI et TROMBETTA. — Un cas de cancer parotidien avec métastases osseuses. *Atti. di. due Acad. di Torino*, 1883, vol. XVIII.
- GRUBE. — Tumors of the parotid in children. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1906.
- GUEIT et PUESCH. — Epithélioma de la parotide. Métastases médullaires sans participation méningée. *Bull. de la Soc. des Sc. Méd. et Biol.*, Montpellier, 1922, p. 52.
- HAGGARD. — Melanotic sarcoma of parotid. *J. Tenn. Med. Assoc.*, 1919-1920, t. XI, p. 419.
- HARTMANN. — In Duplay et Reclus, 1898, t. V., p. 297.
- Tumeur de la parotide. *Revue Gén. de Clin. et Thér.*, Paris, 1921, p. 711.
- Tumeur de la parotide. *Revue de Chir.*, 1899.
- Tumeur de la parotide. *Rev. Gén. Clin. et Thérap.*, Paris, 1925, p. 58-65.

- VON HANSEMANN. — Beitrag zur Histogenese der Parotistumoren. *Zt. Schr. f. Krebsforsch.*, Berlin, 1910, p. 379.
- HENDON. — Cancer of the parotid gland report of fives cases. *South Surg. and Gyn. Ass.*, 1909, p. 391.
- HESS. — Ueber Parotidgrosserung. *Ztschr. f. ang. Anat.*, 1918, IV, p. 179.
- HEUILLY et BOECKEL. — *Revue de Chirurgie*, avril 1910.
- HINGLAIS. — Sur les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. *Thèse*, Lyon, 1904-1905, n° 144.
- HOURLMANN. — Dissertation sur l'extirpation de la glande parotide, *Thèse*, Paris, 1824.
- IVERSEN. — Tre Tillfoelde of Parotidssvulst. *Hosp. Tid. Kobenh.*, 1913, t. V, p. 1325.
- JEAN. — Des tumeurs de la région parotidienne, principalement au point de vue du diagnostic. *Thèse*, Paris, 1873.
- JEANSELME et BARBÉ. — Statistiques. *Ann. de Méd.*, 1921, p. 71.
- JOBERT DE LAMBALLE. — Extirpation complète de la parotide. *Bull. Acad. Méd.*, 13 sept. 1842.
- KAMMERER. — Mixed tumor of the parotid gland with malignant degeneration. *Ann. Of. Surgery*, 1914, p. 308.
- KAUFMANN. — Das Parotid Sarkome. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1881, p. 672.
- KIRMISSON. — *Manuel de Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly*, 1900, t. II, p. 816.
- KENNON. — Suites éloignées des tumeurs des glandes salivaires. *British. J. of Surgery*, 1921, t. IX, p. 6.
- KROMPECHER. — *Zeigler's Beitrage fur Patologische Anatomie*, t. XXXVII, 1905 ; t. XXXXIV, 1908.
- KYLL. — Dissertation de induratione et extirpatione glandulae Parotidis. Bonn, 1822.
- LAFABRIE. — Tumeurs mélaniques de la région parotidienne. *Bull. Soc. Anat.*, 1845, t. XX, p. 266.

- LARRIEREN. — Sur l'extirpation des glandes salivaires. *Mém. acad. des Sciences*, 1841, 29 juillet et 9 août.
- LECÈNE et LARDENNOIS. — Cancer de la parotide. *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1911, p. 714.
- LECLERC. — Tumeur maligne de la glande parotide. *Lyon Médical*, 1903, n° 613.
- Cancer de la parotide. Curiethérapie. Présentation de la malade. *Bourgogne Médical*, 1921, XXV, n° 2, p. 25.
- LECOMTE. — Cancer parotidien. *Bull. Soc. Anat.*, 1851, p. 82.
- LE DENTU. — Chondro-sarcome de la parotide. *Gaz. Hôp.*, 1879, 20 septembre.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
- LE DOZE. — Les branchiomes cervico-faciaux. *Thèse*, Montpellier, 1913.
- LOEWENSTEIN. — Sur les épithélioma atypiques de la parotide. *Zeit. f. Path.*, Frankfurt, 1910, p. 187.
- HARDYLUPTOS. — Une observation de cancer de la parotide. *The Lancet*, 1880, p. 287.
- LUZENBERG. — Extirpation totale de la parotide. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1843, p. 69.
- MAC CLELLAN. — Extirpation très large de la parotide. *American Med. Review and Journal*, 1826.
- MAC FARLAND. — Ninety tumors of the parotide region in all of wich the post operative history was traced. *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, 1926, p. 804.
- MAC KILLOP. — Endothelioma of the parotid gland. *Med. J. Australia*, 1921, p. 456.
- MAGRI (Albino). — Extirpation d'une tumeur située dans la région parotidienne suivie de paralysie faciale de ce côté. *Amali Univers. di Med.*, déc. 1829.
- MALGAIGNE. — Rapport sur un cas d'extirpation complète de la parotide. *Acad. de Méd.*, 26 oct. 1858, p. 60.

- MALHERBE ALBERT et HENRY. — Recherches sur les sarcomes. Masson, 1904.
- MARTIN D'OFFIGNY. — Observations et réflexions sur quelques maladies de la glande parotide. *Thèse*, Paris, 1875.
- MASSON et BERGER. — Epithéliomas à double métaplasie de la parotide. *Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1924, p. 366.
- MASSON et PEYRON. — A propos des tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1914, p. 219.
- MAUCLAIRE. — Tumeur de la parotide avec récurrence tardive. *Rev. Intern. de Méd. et de Chir.*, 1912, p. 93.
- MEDINI. — Extirpation totale de la parotide. *Bull. della Science Med. di Bologna*, 1878.
- MERCIER. — Parotide squirrheuse. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1837, p. 135.
- MERMET. — Adéno-épithéliome tubulé de la parotide. *Bull. Société d'Anat.*, 1896, p. 760.
- MICHAUX. — Carcinome de la parotide. *Thèse*, Paris, 1883.
- MINELLE. — *Thèse*, Paris, 1896.
- MONOD. — Squirrhe de la parotide. *Bull. de la Société de Chir. de Paris*, 1850, p. 48.
- Extirpation du cancer parotidien. Anatomie de la parotide. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1849.
- MOREAU. — Cancer et traumatisme. Epithélioma de la parotide développé à la suite d'une contusion par éclat d'obus de la région rétro-maxillaire. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1917, p. 783.
- MORESTIN. — Tumeurs des glandes salivaires. In *Le Dentu*, Delbet.
- Cancer parotidien. Extirpation totale de la glande et de son canal excréteur. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1909.
- Cancer de la parotide avec envahissement tégu-

- mentaire. Ablation totale. *Bull. Soc. Chir. de Paris*, 1915, p. 105.
- MOTT (Valentine). — Extirpation de la parotide. *American Journ. of Medical Sciences*, 1832.
- MURAT. — La glande parotide considérée sous les rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques. *Thèse de Paris*, 1803.
- Article parotide du *Dictionnaire des Sciences Médicales*.
- NASS. — Deux cas de tumeur parotidienne avec métastases dans les ganglions cervicaux. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1892, p. 233.
- NÉLATON. — *Traité*.
- NOEGELÉ. — Extirpation de la parotide sarcomateuse. *Klinische Annales Heidelberg*, 1828.
- PAGET. — *Lectures on Surgery path.*
- PAILLER. — Les épithéliomas polymorphes de la parotide. *Thèse Paris*, 1903, N° 125.
- PALMER. — Parotid épithélioma. *Lancet Clinic.*, 1914, p. 565.
- PAMARD. — Extirpation de quelques tumeurs squirrheuses situées à la partie latérale inférieure du visage sur la glande parotide. *Ann. de la Soc. de Méd. pratique de Montpellier*, 1807, p. 90.
- PARTSCH. — Zur Metastasenbildung der parotiscylindrome. *Dentsch. Ztschr. f. Clin.*, 1923, CLXXXIII, p. 269.
- PAUL. — Specimens from 6 cases of malignant tumour of parotid gland. *Liverpool Med. Chir. J.*, 1900, XX, p. 813.
- PÉROCHAUD. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Thèse Paris*, 1884, N° 167.
- PFENDER. — Roentgentherapy in malignant tumors of the parotid salivary gland. *Med et Surg.*, 1917, I, 366.

- PICQUET. — Tumeur de la parotide compliquée de paralysie faciale. Extirpation de la tumeur, suture du nerf. *Bull. de la Soc. d'Anatomie*, Paris, 1911, p. 370.
- PICOT. — Ablation totale de la parotide pour néoplasme. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1925, p. 412.
- PIERRI. — Intorno ala cura radicale dell' epithelioma della parotide. *Arch. Ital. de Chirurgia*, 1924, XI, 40.
- PILLET. — Extirpation de la parotide. *Thèse Paris*, 1828.
- PLANTEAU. — Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide. *Thèse Paris*, 1876.
- POLAILLON. — Ablation totale de la Parotide. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 128.
- PALAZZO. — Sugli endoteliomi della parotide. *Clin. Chir. Milano*, 1909, T. XVII, p. 1634.
- PORTER and CHURCHILL. — Malignant tumors of the parotid gland with analysis of a case. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, T. XXXVIII, p. 336.
- QUÉNU. — Volumineuse tumeur conjonctive de la parotide, récive, extirpation. *Bull. de la Soc. de Paris*, 1900, p. 625.
- QUICK and JOHNSON. — Radium treatment of parotid tumors. *New-York State J. M. N. Y.*, 1922, p. 297.
- RANDOLPH. — Extirpation de la glande parotide. *Gazette des Hôpitaux*, 5 nov. 1839.
- RAYMOND. — Extirpation de la glande parotide. Résultat physiologique de la section du nerf facial. *Journ. des Connais. Méd. Chirurgicales*, juin 1839, p. 240.
- RICHEL. — *Traité d'Anatomie chirurgicale*.
- ROGOLLOT SIMONOT. — Tumeur maligne récidivée de la parotide. Traitement par l'extirpation totale de la glande. *Paris Chir.*, 1912, p. 747.
- RIXFORD. — Removal of parotid gland for epithelioma. *Calif. State J. M.*, 1902, I, p. 135.

- ROCHE. — Des tumeurs de la glande parotide. Leur traitement par le radium. *Thèse* Lyon, 1916-1917.
- RODRIGUEZ. — Contribution à l'étude du sarcome de la parotide. « Sarcome pur ». *Thèse* Paris, 1888, N° 240.
- ROMBEAU. — Cancer de la région parotidienne. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1852, p. 82.
- Tumeurs de la parotide. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1858, p. 402.
- ROUSSY et WOLF. — *Traité de Médecine*, Roger, Vidal, Teissier, tome V, p. 718.
- ROUX. — Extirpation de la parotide. *Bull. de l'Académie de Médecine* du 10 mars 1835 ; *Gaz. des Hôp.*, 1837, p. 333.
- ROUX DE BRIGNOLES et BERTRAND. — Tumeur maligne de la parotide chez une jeune fille. *Marseille Médical*, 1910, p. 243.
- SÉDILLOT. — Ablation totale de la parotide, ligature préventive de l'artère carotide primitive. *Contribution à la Chir.*, t. II, p. 81.
- SEMKEY. — Extirpation of the parotid gland for carcinoma. *Med. New-York*, 1914, p. 562.
- *gen.*, 1896.
- SABATIER et DUPUYTREN. — *Traité de Médecine opératoire*.
- SANCHEZ DE TOCA. — Extirpation complète de la parotide, avec résection partielle des maxillaires supérieur et inférieur. *La Cronica de los Hospitales*, 1856, p. 327.
- SANGIORGI. — Sopra uno raro caso di emangioendothelioma della parotide. *Clin. Chir.*, 1910, p. 1333.
- SANTI PUSATERI. — Un caso di estirpazione completa della parotide per carcinoma recidivente con diffusioni glandolari e cutanee. *Riforma Medica*, 1902, p. 711.
- SAVARIAUD. — Récidive d'épithélioma de la parotide. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, Paris, 1906, p. 267.

- SAVARIAUD et CRUVEILHIER. — Epithélioma de la parotide.
Bull. de la Soc. d'Anat. de Paris, 1906, p. 175.
- SAVOURNIN. — De l'extirpation des glandes parotide et sous-maxillaire et des tumeurs situées dans les régions occupées par ces organes. *Gazette des Hôpitaux*, 1839, p. 14, 22 et 38.
- SCHAFFER. — Sarcome de la parotide. *Dissertation Erlan-*
- SERTOLI. — Voluminoso tumore misto del lobo faringeo della parotide estirpato per via endorale. *Riforma Medica*, 1910, p. 1289.
- SHERRIL. — Malignant Neoplasms of the salivary glands. *Intern. Journ. of Surgery*, 1913, p. 157.
- SIEBOLD. — Dissertatio de squirrho parotidis ejusque cura, cum annexa extirpatæ historia. *Wurcebourg*, 1873, in. 4.
- Historia salivari physiologia et pathologia considerata accessoria ex eadem doctrina corolaria chirurgica. *Iéna*, 1797.
- SIGNORANI. — Ablation de la parotide. *Annali Universali de Medica de Medicina*, juillet 1840.
- SPEESE. — Tumeur des glandes salivaires. Université of Pennsylvania. *Medical Bullets*, 1909, N° 11, p. 329.
- STEDMANN. — Extirpation d'une tumeur squirrheuse considérable située sur la parotide droite précédée de la ligature de la carotide droite. *Gazette Médical*, 25 août 1832.
- SMITH. — Extirpation de la glande parotide. *American Journal of the Medical Sciences*, 1834, N° 4.
- STOHR et RISAK. — Etude anatomique et clinique des tumeurs de la parotide. *Arch. für Klinisc. Chir.*, CXLIII, fas. 2, p. 809.
- SUAREZ. — Sobre un caso de endothelioma da parotida extirpado por el procedimiento del Prof. Avelino Gutierrez. *Semana Medica*, 1920, t. XXVII, p. 2-730.

- TANSINI. — Sur un cas de cancer bilatéral de la parotide et la ligature simultanée des deux jugulaires internes. *Archivio Italiano di Chirurgia*, 1928, p. 296.
- TILLAUX. — Sarcome de la parotide. *Gazette des Hôpitaux*, 1885.
- TILTON. — Recurrent carcinoma of parotid ligature of both external carotids excision. X rays. *Ann. Surg.*, 1904, p. 257.
- TORRACA. — Sopra casi de endothelioma della parotida. *Tumori Roma*, 1921, t. VIII, p. 385.
- TRELAT. — *Clin. Chir. Paris*, 1891, t. L, p. 750.
l'extirpation d'une tumeur maligne des deux parotides. *Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 1902, p. 26.
- VALERANI. — Extirpation complète de la parotide. *Gazetta della Cliniche*, 1877.
- VANDERLINDEN. — Technique opératoire nouvelle pour extirpation des tumeurs de la glande parotide. *Société Belge de Chirurgie*, octobre 1910.
- VAN LEEUWEN. — Multiple epitheliome der Haut, mit Mischgeschwulst des Parotis. *Virchow's Arch. f. Path Anat.*, 1912, t. CCVII, p. 330.
- VELPEAU. — *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, t. III, Paris, 1839.
- VERNEUIL. — Epithélioma tubulé de la parotide. Opération par le galvano-cautère et l'écraseur linéaire. *Bull. de la Soc. d'Anatomie*, 1872, p. 79.
- VERNET. — Paralysies laryngées associées. *Thèse Lyon*, 1915.
- VIDAL DE CASSIS. — *Traité*.
- VIGNARD et MOURIQUAND. — Des tumeurs parotidiennes d'origine branchiale. *Arch. Génér. de Méd. de Paris*, 1904, p. 2179.
- VILLAR. — Epithélioma de la parotide accessoire. *Bull. de la Soc. d'Anatomie*, 1896, p. 760.
- VINCENT. — Ablation des tumeurs parotidiennes. *Soc. de Chir. de Lyon*, juillet 1911.

- WOLKMANN. — *Deutsche Zeits. f. Clin. Med.*, 1895.
- WAINWRIGHT. — Carcinomatous degeneration in a parotid cyst. *Bull. Moses Hosp. Scranton*, 1924-1925, N° 6, p. 15.
- WALDEYER. — Cancer de la parotide. *Arch. Gén. de Méd.*, 1873, p. 486.
- WARREN. — Extirpation d'une tumeur cancéreuse de la parotide et de la glande sous-maxillaire. Boston, 1837, p. 298.
- WEIL. — The treatment of parotid tumors by radium. *J. Cancer research.*, Balt., 1916, p. 121.
- WICKHAM et DEGRAIS. — Un cas de cancer épithéliomateux sous-cutané de la région parotidienne et des grandes dimensions traité par le radium. *Bull. de Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1909, p. 42.
- WINCKLER. — Parotistumoren. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1921, p. 1545.
- WOLF. — Über rezidivierende Schwellungen der Parotis. *Jahrb. f. Kinderh.*, 1926, p. 334.
- WOOD. — The mixed tumors of the salivary gland. *Annals of Surg.*, 1904, p. 57, 207.
- WOOLSEY. — Recurrent epithelioma of the parotid gland. *Ann. of Surgery*, 1903, p. 111.
- WORMS et GRANDCLAUDE. — Un cas d'épithélioma intracanaliculaire de la parotide. *Ann. d'Anatomo-Pathol. Méd. Chur.*, 1926, p. 747.
- ZARRAGA. — Extirpation de la glande parotide. *Revista de l'Hôpital Guarez*, 1912.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
<i>Chapitre Premier.</i> — Historique.....	13
<i>Chapitre II.</i> — Etiologie	23
<i>Chapitre III.</i> — Symptômes	33
<i>Chapitre IV.</i> — Formes cliniques.....	45
<i>Chapitre V.</i> — Diagnostic.....	71
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	79
<i>Chapitre VII.</i> — Observations	107
Conclusions.....	135
Bibliographie..	139



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
42, QUAI GAILLETON
LYON



